



DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER,
BABIC & ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV

Maribor

3. simpozij Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor



BOLEČINA

TIHA EPIDEMIJA SODOBNEGA ČASA

6. december 2019

prostori mariborske Kadetnice na Studencih
(Center vojaških šol, Engelsova ulica 15, Maribor)

ZBORNİK PREDAVANJ



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE –
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

Nursing now
Slovenia

Izdalo in založilo:

Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov
Maribor

Za založnika:

Ksenija Pirš

Urednici:

Ksenija Pirš, mag. Barbara Donik

Strokovna recenzija:

mag. Barbara Donik

Programsko - organizacijski odbor:

Ksenija Pirš, Barbara Donik, Danijela Pušnik, Dunja Gornjak,
Nataša Koser, Sabina Finžgar, Milena Frankič

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

616-009.7(082)

DRUŠTVO medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor.
Simpozij (3 ; 2019 ; Maribor)

Bolečina : tiha epidemija sodobnega časa : zbornik predavanj / 3.
simpozij Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov
Maribor, 6. december 2019, Maribor ; [urednici Ksenija Pirš, Barbara
Donik]. - Maribor : Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih
tehnikov, 2019

ISBN 978-961-91520-9-6
1. Gl. stv. nasl. 2. Pirš, Ksenija
COBISS.SI-ID 97848065

Oblikovanje in tisk:

Barbara Kralj, PRELOM d. o. o.

Kraj, mesec in leto izdaje:

Maribor, december 2019

Naklada:

130 izvodov



KAZALO

- | | | | |
|----|--|-----|---|
| 4 | Zborniku na pot , Ksenija Pirš,
predsednica društva | 68 | Družina - partner pri obravnavi posameznika v patronažnem varstvu , mag. Andreja Krajnc |
| 9 | Bolečini pripadajo rahločutni odnosi , doc. dr. Andreja Poljanec | 78 | Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi pacienta z bolečino , Martina Kajtna |
| 19 | Bolečina telesa, čustev in duha: viri trpljenja v sodobnem človeku in pot v olajšanje
Organske in psihoterapevtske osnove posluha, stika in podpore, Alenka Rebula | 87 | Lajšanje porodne bolečine - stališče babice , Rosemarie Franc |
| 24 | Vpliv aktiviranja access barsov pri obvladovanju in zmanjševanju intenzivnosti bolečine ,
dr. Sneža Ulčar | 103 | Lajšanje akutne pooperacijske bolečine - vidik anesteziologa ,
dr. Andreja Möller Petrun |
| 27 | Primerjalne moči zdravilnih rastlin proti bolečinam , Sanja Lončar | 116 | Sočasnost bolečine in duševnih motenj , Sabina Finžgar, Simona Podgrajšek |
| 37 | Kontinuirana obravnava bolečine ,
Hilda Rezar, Maja Petre | 126 | Prepoznavanje in pristopi lajšanja bolečine pri osebah z duševno motnjo , Ivanka Limonšek |
| 43 | Obravnava akutne bolečine po ginekoloških operativnih posegih ter vloga zdravstvene nege ,
Danijela Pušnik, Majlinda Morina Šaćiri, Katja Volmajer, Ivica Cizerl, Petra Šmigoc | 138 | Bolečina - najpogostejše obravnavan simptom v paliativni oskrbi , Nadja Lubajnshek |
| 52 | Spremljanje bolečine v enoti intenzivne terapije , Jernej Mori | 148 | Spremljanje bolečine pri bolnikih v paliativni oskrbi na oddelku za onkologijo UKC Maribor , Betka Špalir Kujavec, Irena Tominc Krajnc |
| 58 | Prepoznavanje in ocena bolečine pri pacientu s traheostomo , Dunja Gornjak, Andreja Trdin | 161 | Obravnava bolečine v procesu poučevanja dijakov na srednji zdravstveni in kozmetični šoli Maribor , Suzana Krajnc |

*» Odgovornost vsakogar od nas je delovati tako,
kot da so pomembne vse naše misli, besede in dejanja.
Saj v resnici tudi so.
Naše življenje ima pomen in smisel. «*

Iz velikega spoštovanja do življenja in načel univerzalne odgovornosti,
povzeto po zapisu iz knjige Etika za novo tisočletje,
Dalajlama (2000).

»Sodobni človek« raziskuje novo resničnost, ustvarjalno posega v duhovno dimenzijo svojega življenja ter se odpira vrednotam, ki segajo onkraj materialnega sveta in eksistence. V prizadevanjih ljudi je v ospredju hotenje po odkrivanju novih možnosti, ustvarjalnih in kritičnih pristopov za preseganje znanega, za ohranjanje ali ponovno doseganje ravnovesja v svojem življenju. Znotraj tega iskanja se na poti večkrat sreča z »bolečino«.

Ker verjamemo v celostni pogled, ki oblikuje strokovni pristop zaposlenih v zdravstveni negi in babištvu, v večjo celoto, ki ji posameznik pripada, v neločljivo medsebojno soodvisnost ter sozvočje človeka s samim seboj in svetom, v katerem živi in dela, razpravo o bolečini zastavljamo široko in izpostavljamo potrebe po izboljšanju sodelovanja različnih strokovnjakov. Povezanost znotraj strokovnih področij ter medsebojno sodelovanje vseh poklicnih skupin, ki sodelujejo v procesu obravnave posameznikov in družin, sta zato bistvena.

Veseli smo, da je strokovno srečanje priložnost, da osvetlimo vidike strokovnega dela vseh sodelujočih. Pristopi za razumevanje, sprejemanje in obvladovanje bolečine zahtevajo celostni pristop k posamezniku, saj je človek telesno, duševno in duhovno bitje. Ocena in zdravljenje bolečine naj torej temeljita na spoznanju, da bolečina ni le fizično občutenje, temveč fenomen, ki ta vidik presega. Zdravstvena obravnava mora biti zato multidisciplinarna in osredotočena na pacienta.

Pogled na bolečino se je z razvojem anestezije in novih metod lajšanja bolečine spremenil sredi 19. stoletja, ko je postajal vse bolj medicinsko usmerjen. Danes je bolečina obravnavana kot biopsihosocialni fenomen, saj vemo, da na doživljanje, oceno in zdravljenje bolečine vplivajo tako biološki, socialni, psihološki, kulturni, okoljski, spiritualni kot tudi

drugi dejavniki. Gre za pomembne razlike v pojmovanju zdravja nasploh. Medtem ko biomedicinski model zdravja razume kulturo v kontekstu pacientovih osebnostnih značilnosti, ki vplivajo na vedenje, povezano z zdravjem in sprejemanje s tem povezane zdravstvene obravnave, biokulturni model proučuje in razume bolečino znotraj kulturnega konteksta samega. Zato želimo v središče razmišljanja znova postaviti človeka, posameznika, ki naj bo čim bolj opolnomočen in seznanjen z različnimi možnimi pristopi in metodami za obvladovanje bolečin vseh vrst. Tako posredno ozaveščamo možnosti za ohranjanje zdravja in izpostavljammo vidik osebne moči in volje posameznika ter njegove lastne odgovornosti.

Namen tokratnega simpozija se kaže v prizadevanjih, osvetliti razmišljanje o bolečini kot o medicinskem, biološkem, psihološkem, sociološkem in kulturnem fenomenu, še posebej v času, ko se soočamo z vse večjimi izzivi za zdravje.

Danes živimo bistveno dlje, zato se srečujemo z izzivi staranja in dolgožive družbe, s kroničnimi boleznimi, naraščajočimi duševnimi motnjami in osebnimi stiskami ljudi, ki predstavljajo veliko breme za posameznike in njihove bližnje ter velike izgube in obremenitev zanje. Zato se v družbi vztrajno krepi tudi zavedanje o pomenu duševnega zdravja, njegova ustrezna umeščenost v kontekstu družbene in politične skrbi pa postaja bistvena, saj je zagotavljanje pogojev za optimalno duševno in telesno zdravje, s poudarkom na posebej ranljivih skupinah temelj zdravja nasploh in posledično tudi socialne in gospodarske stabilnosti, družbene blaginje ter kakovosti življenja ljudi.

Tudi mednarodno združenje za preučevanje bolečine je letošnje leto namenilo prizadevanjem za preprečevanje bolečine pri najbolj ranljivih osebah. Tema letošnjega svetovnega dne boja proti bolečini, ki ga obeležujemo 11. oktobra je *»Bolečina pri ranljivih skupinah«*.

Tako je pozornost namenjena otrokom in mladostnikom, starostnikom, osebam z motnjo v duševnem in telesnem razvoju ter osebam, ki so v preteklosti doživele kakršnokoli nasilje.

Vemo, da skrb za najranljivejše od nas terja večdimenzionalni pristop, multidisciplinarno obravnavo in medsektorsko sodelovanje, neprekinjeno strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje za vse ravni delovanja ter sodelovanje pri izobraževanju in zaposlovanju strokovnjakov, skladno s potrebami ljudi in širše družbe.

Sodobnim usmeritvam na področju zdravja in soočanja z bolečino, v najširšem smislu, mora slediti tudi zdravstvena nega. Ob zagovorništvo in poznavanju potreb ljudi, sodelovanju v obravnavi pacientov, v različnih oblikah individualnega in skupinskega dela s pacienti in njihovimi svojci, spodbujanju varnega okolja, izobraževanju in raziskovanju lastnega strokovnega dela smo namreč tisti, ki lahko pomembno vplivamo na izboljšanje njihovega življenja.

V okviru simpozija nam je uspelo slediti ciljem svetovne kampanje **Nursing Now,**

ki je namenjena izboljšanju zdravja s povečanjem ugleda in statusa zdravstvene nege po vsem svetu. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je v marcu 2019 podpisala pogodbo z nosilci kampanje in tako pridobila pravice za vodenje kampanje *Nursing Now Slovenia*. V sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo in Mednarodnim svetom medicinskih sester, tudi slovenske medicinske sestre krepijo svoje mesto v središču reševanja zdravstvenih izzivov 21. stoletja in povečujejo svoj prispevek k doseganju univerzalnega zdravstvenega varstva. K temu pomembno prispevamo tudi članice in člani mariborskega regijskega društva, na kar smo lahko upravičeno ponosni.

Simpozij je tako priložnost za pridobivanje novih znanj, medpoklicno sodelovanje ter strokovno in znanstveno povezovanje med različnimi poklicnimi skupinami, in-

stitucijami in ravni v okolju zdravstvenega varstva in širše, med tradicionalnimi, komplementarni, alternativnimi in integrativnimi pristopi k zdravju.

Ne le za ohranjanje lastnega zdravja in življenje brez bolečine, temveč za primerno in učinkovito komunikacijo s pacienti, ki raznovrstne pristope izberejo kot podporo pri lastnem zdravljenju.

Iskrena hvala vsem,
ki ste se odzvali povabilu in z nami delite svoje
neprecenljivo znanje in izkušnje s tega področja.

Ksenija Pirš, mag. zdr. ved,
predsednica društva



Nursing now
Slovenia







Doc. dr. Andreja Poljanec,

univ. dipl. psihologinja ter specialistka zakonske in družinske terapije je bila med leti 2007 in 2012 mlada raziskovalka in asistentka na Teološki fakulteti v Ljubljani, sedaj pa je zaposlena predavateljica na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda, kjer je tudi vodja programa Psihologija. Predava tudi na Fakulteti za uporabne družbene študije.

Je soustanoviteljica zavoda Študijsko - raziskovalni center za družino, kjer dela na programu »Pomoč mladim družinam v stiski« ter vodi terapevtske skupine in izobraževanja za različne ciljne skupine. Je avtorica knjige Rahločutno starševstvo, kot soavtorica pa je sodelovala pri izdaji knjig Rahločutnost do otrok in Med dvema ognjema.

Je tudi avtorica knjižic z naslovom »Moj svet« ter »Starševstvo ima okus po sreči«, izobraževalnega avdio CD 6 poti do sproščenega starševstva, sklopa oddaj o starševstvu z naslovom Srce, ipd. Kot strokovna sodelavka sodeluje z mnogimi inštitucijami ter na različnih projektih.

Področja njenega raziskovalnega dela so delo z mladimi, rahločutno starševstvo, teorija navezanosti, družinsko življenje in partnerski odnosi, pedagoška psihologija, odnosi in empatija v zdravstvu. Predava doma in v tujini.

Bolečini pripadajo rahločutni odnosi

Doc. dr. Andreja Poljanec

Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Sigmunda Freuda,
Ljubljana – Univerza Sigmunda Freuda Dunaj, vodja Oddelka za psihologijo

IZVLEČEK

Izhodišča: Empatija je lastnost in sposobnost človeka, da se postavi na mesto drugega, pri čemer zazna, razume, se vživi v občutja in misli te druge osebe ter je sposoben videti situacijo z njegove perspektive in se nanjo ustrezno odzvati. V zgodovini zdravstvene stroke je bil vidik pomembnosti odnosov prisoten že od vsega začetka (Hipokrat, 5. st. pr. n. št.), pa ima, glede na izkušnje pacientov, zdravstvenega osebja in rezultate raziskav, empatija v zdravstvu kljub temu premajhno sobico. Glede na sodobna znanstvena dognanja ima empatija neizmerne sposobnosti pomirjanja, zmanjševanja bolečine, rasti zaupanja v odnosih, vodljivosti pacienta za uspešno zdravljenje, zadovoljstva s samim sabo ... Zaradi vseh teh učinkov, pri katerih lahko vsakdo sodeluje, si želimo, tako zaradi spoštovanja bolnikov in tudi zaradi ohranjanja dostojanstva tega poklica, to področje raziskovati, deliti rezultate in s tem navduševati ljudi za tople, pristne, intenzivne in empatične odnose. Raziskave dokazujejo, da se zaradi plastičnosti možganov lahko empatijo nauči in razvija. V takšni pozitivni drži do bolnikov lahko postajamo vse bolj spretni in za takšne odnose porabimo manj energije.

Metoda: Uporabili smo pregled znanstvene literature v slovenskem in angleškem jeziku.

Rezultati: Pregled literature potrjuje, da ima empatija široke in globoke učinke na potek zdravljenja bolezni, na zadovoljstvo z zdravljenjem, na zmanjševanje stresa ipd., ter da jo je možno razvijati vse življenje. Empatija deluje preventivno tudi proti izgorelosti.

Zaključek: Pri zdravstvenem osebju se pogosto pojavljajo strahovi, da bodo s preveč empatije in predanosti tudi preveč izgoreli, vendar raziskave dokazujejo ravno nasprotno. Osebe, ki je bolj empatično, je bolj zdravo in zadovoljno, bolniki, ki so deležni njihove oskrbe, pa bolj zadovoljni. Empatija je temelj vseh kakovostnih odnosov, tudi kratkotrajnih in bežnih odnosov – vedno zažari s svojo močjo, ki ima včasih prav neverjetne učinke na zdravljenje in počutje bolnika.

Ključne besede: *empatija, zdravstveno osebje, bolečina, zdravljenje, izgorelost*

Uvod

Hipokrat (460-370 pr. n. št.), najpomembnejši grški antični zdravnik, imenovan tudi oče znanstvene medicine, še ni mogel upravljati s pojmom »empatija«, saj ga takrat v takem pomenu kot ga ima sedaj, še niso poznali. Kljub temu je v svojem sporočilu zdravnikom poudarjal pomen ohranjanja človekovega dostojanstva in je še vedno pionir zdravniške etike. Pronicljiva izjava: *»Pomembneje je vedeti, kakšna oseba ima bolezen, kakor kakšno bolezen ima oseba«* (Mathers, 2016 cited po Hipokrat), je še vedno aktualna. Pomeni, da se je Hipokrat zavedal, kako pomembno je razumeti in poznati človeka, saj se šele na ta način lahko posveti primernemu zdravljenju. Sodobne raziskave ugotavljajo, da grajenje pozitivnega odnosa med zdravnikom in bolnikom oziroma oskrbovancem ne samo izboljša zadovoljstvo slednjega temveč tudi zmanjša zdravniške napake. Zato je pomembno zavedanje pomena zaupanja, interakcije in empatije v odnosu ter razvoj le-tega. Mnoge raziskave so pokazale, da obstaja povezanost med zaupanjem v odnosu zdravnik - bolnik in izboljšanim pristopom k zdravljenju. Gre namreč za vzajemen odnos, za katerega posebej bolniki poročajo, da je pomembno, kakšen je. Zaupanje stimulira tudi večjo ustvarjalnost, inovacije in izvedbo – stvari stečejo bolj gladko (Yan, 2017).

Empatija v zdravstvu

Pojma empatija se v polnem pomenu besede (sposobnost razumeti in vživeti se v čustva ali doživetja druge osebe) v medicini, pa tudi v drugih vedah, ki so se ukvarjale z ljudmi, v Hipokratovih časih še ni uporabljalo (Howick, 2019). Psihologija in filozofija empatijo na splošno razumeta kot zmožnost vživljanja v čutenja drugega, branja osnovnih čustev ter sposobnost zavedanja izkušenj drugih (Solomon, 1997). Gre za sposobnost posameznika, da se postavi na mesto drugega, pri čemer zazna, razume in se vživi v občutja in misli druge osebe. Tako se zaveda in spozna izkušnje in doživljanje drugega ter je sposobna videti situacijo z njegove perspektive. Ob tem se v njej prebudijo podobna občutja, preko katerih imamo dostop do notranjega doživljanja drugega (Stein, 1989). Najlepše in najbolj rodovitno je, če ta proces poteka vzajemno. To sposobnost je Daniel Stern, pionir na področju razumevanja pomembnosti čustvenega stika v odnosih, izrazil s stavkom »Vem, da veš, da vem!« Kar pomeni tudi »Čutim, da čutiš, kar čutim!« Ko to v odnosu zmoremo, smo drug z drugim povezani in se drug ob drugem vzajemno razvijamo – neprenehoma (Stern, 2004). Ko smo v odnosih empatično povezani, smo za drugega pripravljeni marsikaj narediti s predanostjo in veseljem. V takih trenutkih se sprošča hormon oksitocin, ki v telesu vzbudi občutek veselja, povezanosti, sreče (Hurleman, 2010).

V angleško govorečih deželah je pojem empatija v veljavo prispel šele leta 1895. Razvil se je iz nemške besede "Einführung" in francoske besede "empathie" (Howick, 2019). V istem obdobju pa je bila zelo zanimiva in jasna drža sira Jamesa Mackenzie-ja, britanskega kardiologa (1853–1925), katerega utemeljitve se je v enem od svojih člankov lotil Crombie (1972). Držo njegovega zdravniškega dela je zajel v motu »Cum Scientia Caritas«, kar bi lahko prevedli v »Znanost s sočutjem«. Sočutje ima kompleksen pomen. Vključuje nežnost, ljubečo skrb in »čutiti s« sočlovekom. V tem »občutenju z« je omogočeno, da se da zdravnik na razpolago, da nosi probleme pacienta in pozna informacije, ki ne morejo biti in verjetno nikoli ne bodo raziskovane z »znanstvenimi« metodami. »Medicina je poslanstvo!« pravi Mackenzie in ne v prvi vrsti znanost. Pogled na medicino mora biti celosten (Crombie, 1972). Crombie (1972) se dotakne tudi Mackenzijeve kritičnosti do izobraževanja, ki je v primeru, da podaja le sistematično hierarhično znanje znanstvenih dognanj kot osnovo, neprimerna, lahko celo nevarna ter nadaljuje, da je znanje samo po sebi neuporabno. Le v kontekstu pacientovih problemov in z zdravnikom, ki ima potrebne spretnosti, se lahko to znanje uporabi za resnične probleme in šele v tem kontekstu ima znanje res pravi pomen (Mackenzie, cited in Crombie, 1972).

V zdravstvu so empatijo kot način odnosa do bolnikov ponekod kar hitro »zagrabili« in se zavedali da si je za pacienta treba vzeti čas, razumeti njegovo počutje, jim pokazati, da jih razumeš in nato zanje poskrbeti. Razumeti, komunicirati in skrbeti je potem zaznamovalo razvoj besede »empatija« (Crombie, 1972).

Kljub temu, da so se torej določeni zdravniki jasno zavzemali za sočutno medicino, pa pomembnost sočutnih odnosov in čustev v tistem obdobju (na žalost tudi sedaj) še ni imela pomembnega mesta. Empatija v medicini še ni prav široko prepoznana (Mercer, et al., 2001).

V tistem obdobju je zagotovo manjkala teorija, ki bi pomen sočutnih odnosov utemeljila z znanstvenega vidika. Nato je v 80-ih letih prejšnjega stoletja britanski pediater in psihoanalitik John Bowlby uspel skupaj s sodelavci utemeljiti svojo teorijo navezanosti. Dokazal je, da je potreba po odnosih ena od naših ključnih motivacijskih komponent in je tako vrojena v naš centralni živčni sistem (Bowlby, 2003). Bolj varne in sproščene odnose, bolj sočutne in bolj čustveno pestre ter globoke odnose, ki jih zmoremo razvijati in živeti, bolj polno in celostno se razvijamo (Poljanec, 2015). Znotraj te teorije tudi dojamemo, da so varni in empatični odnosi ključni prostor za razvoj zdravih odnosov. To pomeni, da iskanje odnosov, tudi ko smo v stiski ali pa še posebej takrat, izraža naraven in zdrav odziv posameznika, ki si na način, da se v stiski poveže z drugimi in se nanje zanese, zagotovi kar najboljši način

razumevanja in reševanja stisk, težav (Porges, 2010). Vsa ta dognanja so postavila trdne temelje nadaljnjemu razvoju psihologije odnosov in čustev, pa tudi nevroznosti. Na prelomu tisočletja je Goleman začel razvijati tudi pojem čustvene inteligentnosti in poudarjal, da ljudje, ki so čustveno zrelejši, zmorejo več, so manj pod stresom, manj bolni in imajo bolj srečno življenje. Ljudje se ob njih bolje počutijo in tudi oni se v odnosih bolje znajdejo (Goleman, 2010).

Istega leta so v Veliki Britaniji uvedli nove standarde za zdravnike. Priporočali so komunikacijske veščine, vključujoč empatijo, ki naj bi jo poučevali študentom medicine, s tem pa je postajala prepoznavna potreba ter pomembna veščina. V devetdesetih letih prejšnjega stoletja so postale osnova zdravstvenih šol in izobraževanja v Združenih državah Amerike, Veliki Britaniji in Kanadi. Znotraj področja komunikacije se je empatija pojavila kot ključna komponenta (Howick, 2019).

Empatija in bolečina

Empatija in sočutje bi morala biti centralna vidika zdravstva. Za posledico imata namreč pozitivne izide, tako za pacienta kot tudi za osebje. Med postavkami strokovnosti, zaupanja in odnosa ima empatija na zadovoljstvo pacientov najmočnejši in najbolj neposreden vpliv. Zdravstveno osebje, ki zmore več empatije, dobi več primernih informacij o pacientovi bolezni in skrbih. Podoben učinek ima zaupanje (Yan, 2017). Pozitivna empatična komunikacija tudi poveča pacientovo zadovoljstvo (Hojat et al., 2002; Pelz, 1998 cited in Kim et al., 2004). Biti pozitiven aktivira pacientove možgane v taki smeri, da deluje kot endorfin in na nek način lastni ubijalec bolečine. Vangronsveld & Linton (2012) sta prek pol-strukturiranih intervjujev ugotovila, da zdravnik z empatičnim pristopom, v smislu, da zmore ovrednotiti bolnikovo bolečino, pride celo do zmanjšanja občutka bolečine pri bolniku. S čimer je povezana tudi Howitzova (2019) trditev, da najprej potrebuješ empatijo, če želiš postaviti pravo diagnozo. Brez tega morda bolniki ne bodo razkrili simptomov, še posebej takih, zaradi katerih so v zadregi.

Do podobnih dognanj so v svoji raziskavi prišli Kim in sodelavci (2004), ki so ugotovili, da je kognitivna komponenta zdravnikove empatije vodila do boljše izmenjave informacij, čustvena komponenta empatije pa do boljšega odnosa. Pozitiven odnos zdravstvenega delavca je vodil do porasta medosebnega zaupanja. Na podlagi teh spoznanj so avtorji članka predlagali treniranje empatičnih komunikacijskih sposobnosti, saj bi tako izboljšali zadovoljstvo in tudi vodljivost pacientov pri zdravljenju. To posledično izboljša zdravstveno stanje pacienta.

Empatični zdravnik namreč s svojim pristopom pomaga sprostiti pacienta in na ta način zniža njegov stres. Relaksacija pa zmanjša tudi bolečino, depresijo in tesnobo ter celo tveganje za srčna obolenja (Howick 2019 cited po Dunford & Thompson, 2010). Zanimiva je raziskava, v kateri je medicinsko osebje opazovalo in ocenjevalo izraze bolečine na obrazu. Primerjali so rezultate eksperimentalne in kontrolne skupine in ugotovili, da je bilo v skupini, kjer so s pacienti ravnali empatično, kar 55 % znižanja bolečine v primerjavi s kontrolno skupino (Green, 2011).

Ballatt & Campling (2011) v njuni knjigi »Intelligent Kindness: Reforming the Culture of Health-care«, pravita, da posameznikovo dejanje prijaznosti sprosti endorfine in oksitocin ter ustvari nove nevronske povezave. V povezavi s plastičnostjo možganov je rezultat, da altruizem in prijaznost postaneta lastna, oziroma notranje sprejeta in potrjena. Enako poudarja vodilni znanstvenik na področju medosebne nevrobiologije Daniel Siegel, katerega osnovna ideja je promoviranje prijaznosti, sočutja, prožnosti in dobrega počutja v naša osebna življenja, v naše odnose z ljudmi in tudi v naša delovna okolja. Naši možgani so plastični vse življenje. V kar najbolj vlagamo, na kar smo najbolj pozorni, to se v naših možganih in v nas najmočneje razvija, pravi Siegel (2017) v svoji novi knjigi »Mind: A Journey to the Heart of Being Human Where attention goes«. Pomeni, da prijaznost lahko postane navada, za katero potrebujemo vedno manj napora. Empatije se lahko naučimo (Shapiro, 2002), saj je dokazano, da možgani ohranijo plastičnost vse življenje (Schore, 1994). Močno zasidrane mentalne modele, ki smo jih vzpostavili v odnosu s starši lahko pozneje v življenju spreminjamo oz. dograjujemo (Simonič & Poljanec, 2014). Na ta način se umestimo in naredimo zavesten prostor za večjo povezanost, osredotočenost na drugega. Biti prisoten v danem trenutku omogoča, da lahko srečamo drugega (pacienta), se osredotočimo nanj, smo zavzeti, radovedni, pozorni. Sicer za to potrebujemo čas in zavestni proces, učimo pa se je lahko preko treningov in skozi lastno iniciativo. Pri tem gre poudariti, da empatija presega prijaznost in altruizem, saj vključuje vživljanja v drugo osebo in primeren odziv, ki, kot pravijo Klimecki in sodelavci (2014), olajšajo bolnikovo stisko.

Empatija in izgorelost

Na žalost se v zdravstvenem poklicu pri osebju pogosto razvije sindrom izgorelosti, kar je res krivično. Poklic ima namreč v sebi dragoceno poslanstvo. Neredko je prisoten tudi strah, da bo z več empatije v porastu tudi izgorelost in dodatno primanjkovanje časa. Vendar pa ti strahovi niso utemeljeni. Raziskave dokazujejo celo nasprotno. S treniranjem empatije je izgorelosti in utrujenosti manj (Klimecki, et al., 2014). Problem verjetno nastane pri napačnem razumevanju pojma empatija, ki v tem primeru ne vključuje razmejenosti od

drugega, kar pomeni, da gre za pretirano zlitje z drugo osebo, njenimi čutenji in mislimi. Pri pravi empatiji je namreč potrebno dobro diferenciranje lastnega jaza od jaza drugega (Eisenberg & Strayer, 1987 cited in Simonič, 2010). Sposobni moramo biti stopiti v položaj drugega in občutiti enakost z njim, hkrati pa različnost od njega (DeYoung, 2003 cited in Simonič, 2010).

Izsledki raziskav večinoma dokazujejo negativno povezanost med empatijo in izgorelostjo. To pomeni, da zdravstveni delavci, ki imajo bolj razvito sposobnost empatije, redkeje zbolijo za sindromom izgorelosti, pacienti pa so z njimi bolj zadovoljni, zdravljenje je uspešnejše. Iz tega lahko izluščimo skupno točko in sicer, da je empatija ključ do lastnega zdravja in tudi do izboljšanja zdravja pacientov, ki so ti bili zaupani v oskrbo, v zdravljenje (Wilkinson, et al., 2017).

Zaradi natrpanega dela v zdravstvu imajo zdravstveni delavci neredko občutek, da jim bo empatija vzela preveč časa. Občutek bi lahko bil povezan z obremenjenostjo, da se nikoli ne da narediti vsega, vedno še nekaj ostane, vedno bi lahko naredili še več, bili še bolj požrtvovalni in hitrejši. Medicinske sestre pogosto občutijo, da pristnih povezav z bolniki ne doživljajo dovolj pogosto (Kanov, et al., 2004). Ta pojav je pri svojem delu raziskoval Krichbaum s sodelavci in ga opisal s pojmom »kompleksen pritisk«. S tem opišejo doživljanje medicinskih sester, ko domnevajo, da se od njih pričakuje več dodatnih sprotnih odgovornosti, medtem ko morajo opravljati že vse obstoječe poklicne dolžnosti v preveč zgoščenem času (Krichbaum et al., 2007). Težko se je osredotočiti in resno poslušati pacienta ali sodelavce. Motnje lahko vplivajo na manjšo uglasenost, ki pa sicer omogoča možnost, da se stvari dobro izidejo (Koloroutis, 2004). Howitz (2010) pa je prepričan, da pomankanje časa vseeno ne bi smelo biti ključni blokator. Empatija se namreč dogaja sproti, v odnosu z drugim. V odnosu je prisotna ali pa je ni. Je stvar drže do bolnika oziroma vsakega posameznika.

Gentry s sodelavci (2007) opozarja, da bi se bilo tega potrebno zavedati in se npr. naučiti tehnike poslušanja, kar pomeni »slišati« tudi to, česar drugi ne izrazijo vedno eksplicitno in se zavedati pomena aktivnega poslušanja, ki omogoča kakovostno vživljanje v posameznikovo izkušnjo in doživljanje.

V članku smo preleteli razvoj področja empatije v zgodovini zdravstva in se osredotočili na vprašanje, zakaj je empatija v zdravstvu nepogrešljiva, kakšen vpliv ima empatija na zdravljenje in na potek bolezni, na bolečino in na počutje bolnika, zakaj se empatije bojimo. Vključimo tudi nevroznanstvena spoznanja, ki dokazujejo, da se empatije in rahločutnosti lahko priučimo in take odnose razvijamo vse življenje.

Metodologija

Za članek smo izbrali temeljno znanstveno literaturo, zapisano v znanstvenih monografijah uveljavljenih avtorjev, ki pri svojem raziskovalnem delu raziskujejo tudi empatijo in njej sorodne pojme kot so sočutje, rahločutnost ter sorodna področja, povezana z odnosi in nevroznanstvenimi dognanji. Za namen članka smo na omenjeno temo pregledali tudi znanstveno literaturo, dostopno preko različnih iskalnikov: Google Scholar, Cobiss, ResearchGate, EBSCO. Uporabljali smo slovensko literaturo ter literaturo, ki je dostopna v angleškem jeziku. Na ta način smo pregledali znanstvene članke in meta-analize raziskav.

Rezultati

Pri pregledu literature smo se odločili za skupno 29 znanstvenih del, od tega smo se oprli na 8 sodobnih monografij, ki zajemajo psihološki, relacijski in nevroznanstveni vidik odnosov, ter se odločili za 21 zanimivih znanstvenih člankov, ki so zelo specifično obravnavali omenjeno problematiko. Glede na sodobna znanstvena dognanja lahko povzamemo, da so empatija ter sočutni in rahločutni odnosi vodilni pojmi, ključni pri razumevanju razvoja kakovostnih odnosov ter dobrega počutja ljudi. Taki odnosi vplivajo na celotno osebnost. Raziskave skladno dokazujejo pozitivne učinke na posameznikovo in tudi bolnikovo počutje, na njegovo zadovoljstvo, na bolj uspešno zdravljenje oziroma potek bolezni, na zmanjšanje stresa ob bolezni in bolečini ter celo na zmanjšanje bolečine same. Pozitivno vplivajo tudi na zmanjšanje izgorelosti pri zdravstvenem osebju. Vsi ti rezultati so navdihujoči in se skladno dopolnjujejo. Prav tako se vedno znova potrjuje plastičnost možganov in človekova sposobnost neprenehnega učenja spretnosti v smeri sočutja, empatije, rahločutnosti in sproščenih odnosov.

Razprava

Umetnost rahločutnosti, sočutja in učenje sposobnosti empatije se začne s sposobnostjo urjenja samozavedanja in čuječnosti (Rosenweig et al, 2003). Ta področja zavedanja pomagajo pri krepitvi sočutja, povečajo sposobnost komuniciranja s pacienti.

Temeljne spretnosti za razvoj empatije so v čuječnosti, čustveni inteligentnosti in sočutju (Hilbert & Lopez, 2011).

Tudi Flanagan Petry s sodelavci (2018) v svojem članku navaja, da je najpomembnejša kvaliteta povezanosti, uglaševanje na druge z iskrenim zanimanjem in skrbjo (Stern, 2004). Bistvo uglašenosti je namreč v mikro-trenutkih (Flanagan Petry et al., 2018; Stern, 2004).

Izraznost sočutja, ki zmanjša in razbremeni trpljenje drugega, se zrcali v toplem pogledu, nežnem dotiku ... Na ta način se počutimo bolje. Raziskave pa dokazujejo tudi, da se ti mikro-trenutki odražajo v doseganju pomembnih učinkov na ravni pacienta ali ekipe sodelavcev. Preproste in učinkovite tehnike učenja in uporabe empatije v zdravstvenih ustanovah si lahko preberete v članku Poljanec (2019) z naslovom »Pomen empatije v poklicu zdravstvenega osebja pri opolnomočenju staršev«.

Zaključek

Ljudje se v odnosih sporazumevamo celostno, ne le z besedami. Bolj ko se zmoremo uglasiti drug na drugega, bolje se lahko začutimo in smo empatični. Različne so poti, ki nas pripeljejo do tega, da verjamemo, da bomo z več empatije tudi sami bolj umirjeni in srečni in se odločimo, da je naša služba prostor, kjer lahko tudi osebnostno rastemo. Tema empatije je kljub bogati zgodovini razvoja odnosa do bolnikov v zdravstvu še vedno premalo prepoznana kot izredno pomemben vidik zdravstva. Zanimivo je, da v učnih načrtih za zdravstvene delavce in zdravnike ni predmetov, ki bi se posvečali učenju in treniranju tehnik in strategij za razvoj empatije. Ponekod po svetu imajo to področje že nekaj časa urejeno. Empatija ima namreč široke razsežnosti pri zdravljenju različnih bolezni in motenj. Potrebno bi se je bilo naučiti, saj na žalost ni samoumevno, da smo jo imeli možnost razvijati med odraščanjem. Učenje empatije bi morala biti vsebina učnega programa iz dveh razlogov: ker je ne zna in ne zmore vsak zaposleni in ker je pomemben dejavnik v zdravljenju. Čim bolj se moramo znebiti občutka prezasedenosti, z dolgočasnosti ali rutine.

Vsakič, ko vstopimo v novo bolniško sobo, k novemu bolniku, se pred vrati za hip ustavimo in si predstavljamo človeka v stiski in bolečini ter ga obravnavajmo tako, kot bi si želeli biti obravnavani, če bi bili na njihovem mestu. Tako presegamo svoje težave, utrujenost ali naveličanost in naredimo prostor ljubezni, ki ostane!

Literatura:

- Bowlby, J., 2003. *A secure base*. New York: Brunner–Routledge.
- Ballatt, J. & Campling, P., 2011. *Intelligent Kindness: Reforming the Culture of Healthcare*. The Royal college of Psychiatrists.
- Crombie, D. L., 1972. *The eighteenth James Mackenzie Lecture delivered in B.M.A. House, Tavistock Square, London*. *Journal of Royal College of General Practitioner*, 22(7) pp. 1-17.
- Dunford, E. & Thompson, M., 2010. *Relaxation and Mindfulness in Pain: A Review*. *Reviews in Pain*, 4(1), pp. 18–22.
- Flanagan Petry, A., Koloroutis, M. & Hanlon, T., 2018. *Cultivating Connection: The Magic of Attuning, Wondering, Following & Holding*. *Journal Nursing and Healthcare*. 2(1), pp. 133 – 135.
- Gentry, W., Weber, T. J. & Golnaz, S., 2007. *Empathy in the Workplace; A tool for Effective Leadership*. New York: Society of Industrial Organizational Psychology Conference.

- Goleman, D., 2010. *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. London: Bloomsbury.
- Green, C. R., 2011. Being present: The role of narrative medicine in reducing the unequal burden of pain. *Pain*, 152(5), pp. 965-966.
- Hilbert, M. L. & Lopez, P., 2011. The World's Technological Capacity to Store Communicate and Compute Information. *Science*, 332(6025), pp. 60-65.
- Hojat, M., Gonella, J., Nasca, T., Mangione, S., Vergare, M. & Magee, M., 2002. Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *The American Journal of Psychiatry*, 159, pp. 1563-9.
- Howick, J. 2019. *Empathy in healthcare is finally making a comeback - Important impact on the ability to do without unnecessary drugs*. University of Oxford. Available at: <https://timesofmalta.com/articles/view/empathy-in-healthcare-is-finally-making-a-comeback.709394> [26.10.2019].
- Kanov, J. M., Maitlis, S.S., Worline, M. C., Dutton, J. E., Frost, P., et al., 2007. Compassion in organizational life. *American Behavioral Scientist*, 47(6), pp. 808-827.
- Kim, S. S., Kaplowitz, S., Johnston, M. V., 2004. The effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *Evaluation and Health professions*, 27(3); pp. 237-251.
- Klimecki, O.M., Leiberg, S., Ricard, M. & Singer, T., 2014. Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), pp. 873-879.
- Koloroutis, M., 2004. *Relationship-Based Care: A Model for Transforming Practice*. Minneapolis: Creative Health Care Management.
- Krichbaum, K., Diemert, C., Jacox, L., Jones, A., Koenig, P. et al., 2007. Complexity compression: nurses under fire. *Nurse Forum*, 42(2), pp. 86-94.
- Hurlemann, R., et al., 2010. Oxytocin Enhances Amygdala-Dependent, Socially Reinforced Learning and Emotional Empathy in Humans. *Journal of Neuroscience*, 30(14), pp. 4999-5007.
- Mathers, N., 2016. Kindness which makes us human, builds resilience, and makes us better doctors and better people. *British Journal of General Practice*, 66(648), pp. 525-527. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1312928/pdf/9167325.pdf> [23.10.2019].
- Mercer, S. W., Watt, G. C. M. & Reilly, D., 2001. Empathy is important for Enablement. *British Medical Journal*, 322, pp. 865.
- Poljanec, A., 2015. *Rahločutno starševstvo*. Ljubljana: Celjska Mohorjeva družba.
- Poljanec, A., 2019. Sproščeno starševstvo za poln razvoj otrok. In: Tekauc Golob, A. ed. *Opolnomočimo starše, omogočimo dojenje – zbornik prispevkov. Nacionalno strokovno srečanje – »Iz prakse v prakso«*, Ljubljana : Slovenska fundacija za UNICEF.
- Porges, S.W., 2010. *The Polyvagal Theory. Neurophysiological foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-regulation*. New York: W.W. Norton & Co.
- Rosenweig, S., Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G.C. & Hojat, M., 2003. Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. *Teaching and Learning Medicine*, 15(2), pp. 88-92.
- Schore, A. N., 1994. *Affect regulation and the origin of the self*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Shapiro, J., 2002. How do physicians teach empathy in the primary care setting? *Academic medicine*, 77, pp. 323-328.
- Siegel, D., 2017. *Mind: A Journey to the Heart of Being Human*. New York: W. W. Norton Company.
- Simonič, B. (2011). *Empatija*. Brat Frančišek in frančiškanski družinski inštitut. Ljubljana.
- Simonič, B. & Poljanec, A., 2014. Building motherhood in the young mothers' group. *Child care in practice*, 20(3), pp. 270-285.
- Solomon, M. F., 1997. *Countertransference in Couples Therapy*. New York: W.W. Norton & Company.
- Stein, E., 1989. *On the Problem of Empathy*. Washington: ICS Publications.
- Stern, D. N., 2004. *The Present Moment in Psychotherapy and everyday Life*. New York: W. W. Norton & Company.
- Yan, Y., 2017. The Impact of Trust, Interaction, and Empathy in Doctor-Patient Relationship on Patient Satisfaction. *Journal Nurse Health Studies*, 2, pp. 2.
- Vangronsveld, K. L. & Linton, S. J., 2012. The effect of validating and invalidating communication on satisfaction, pain and affect in nurses suffering from low back pain during a semi-structured interview. *European Journal of Pain*, 16(2), pp. 239-46.
- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L. & Eames, C., 2017. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: a systemic review. *Burnout Research*. 6, pp. 18-29.



Alenka Rebula Tuta

je poročena in mati treh odraslih otrok, živi in dela v Trstu. Šolanje je opravila na klasičnem liceju v Trstu, diplomirala je iz filozofije. Več let je delala kot psihologinja, nato kot profesorica humanističnih ved na višjih šolah v Italiji.

Na svoji spletni strani www.alenkarebula.com se srečuje s številnimi obiskovalci ter objavlja članke, razmišljanja in pesmi, ki obsegajo preko 1.500 strani prosto dostopnega gradiva. Ukvarja se tudi s svetovanjem.

Poleg člankov in esejev v raznih zbornikih in revijah je izdala naslednja pomembnejša dela:

- (1980) *La questione nazionale a Trieste*. Trieste: EST (nagrajeno sociološko delo)
- (1998, 2009) *Globine, ki so nas rodile, zgodnje otroštvo v otroku in odraslem*. Celovec- Ljubljana -Trst: Mohorjeva založba. Strokovno delo je bilo predstavljeno tudi v dokumentarnem filmu *Otroštvo* (RTV Slovenija, 2010).
- (2007) *Blagor ženskam*. Trst: ZTT; V knjigi, ki je doživela že 12 izdaj je zasnovala metodo za osebni razvoj žensk. Po njej deluje več skupin v Sloveniji.
- (2009) *V naročju*. Trst: ZTT, pesmi za osebno rast žensk.
- (2010) *Sto obrazov notranje moči* (MK). Knjiga meditacij v obliki zgodb je tudi že bila večkrat ponatisnjena in nagrajena.

- (2014) Vera vase, v soavtorstvu z Josipo Prebeg, zajetno delo v dveh knjigah, ki se uporablja pri triletnem tečaju Vere vase.
- (2018) Pristno praznični, v soavtorstvu z Josipo Prebeg, o kulturi praznovanja, prostega časa in iskrenega, toplega skupnega življenja.
- (2019) Z živim korakom in v veri vase 2020 (ustvarjalni dnevnik) v soavtorstvu z Josipo Prebeg za nego vsakdanjosti.

V zadnjih tridesetih letih je izvedla več sto predavanj na temo osebnostne rasti, samovzgoje odraslih in izkustvenega učenja.

Ukvarja se z globinsko psihologijo ter z novimi pristopi do celostnega usposabljanja učiteljev, s psihologijo telesa, s koreninami duhovnega pomanjkanja in nasilja v viziji kulture miru in duhovnega blagostanja.

Zadnjih deset let se je usposabljala v metodi Josipe Prebeg »Vera vase«, s katero vodi tudi Šolo poslušanja Biser, namenjeno osebnostni in strokovni rasti zaposlenih v zdravstvu, šolstvu in na področju socialnega dela, pa tudi ustvarjalcem vseh profilov, ki želijo poglobiti osebni pristop do svoje umetnosti.

Bolečina telesa, čustev in duha: viri trpljenja v sodobnem človeku in pot v olajšanje

Organske in psihoterapevtske osnove posluha, stika in podpore

Alenka Rebula v sodelovanju z Josipo Prebeg

Izvleček

Bolečina je varovalni mehanizem, ki naj bi človeka ozaveščal o življenjsko pomembni ogroženosti, ki zahteva pozornost in odziv. Ker smo celostna bitja, se bolečina oglašja na vseh področjih našega doživljanja, saj smo lahko bistveno ogroženi na mnogih različnih ravneh in vsaka deluje na ostale ter predstavlja nevarnost za fizično, čustveno ali duhovno preživetje. Bolečine zato prehajajo z ene ravni na drugo in mejo je zelo težko zarisati. Delujejo druga na drugo in v tem pretakanju trpljenja ni vedno lahko dojeti podtalnih tokov propadanja človekovega notranjega sveta, odnosov ali organa.

Čustvena bolečina lahko človeka pahne v razpad zavesti, kot da je beg iz sebe edino možno olajšanje, duhovno trpljenje zaradi neznosne krivde ali nesmisla je lahko tako intenzivno, da človek išče uteho v samouničenju, prehuda ali kronična fizična bolečina lahko doseže, da čustva zamrznejo in da obenem zavržemo vse pridobitve svojega uma in duhovnosti.

Celostni pristop nam omogoča, da opazimo razsežnost človekove bolečine in da prisluhnemo vsem ravnam. Zagotovo pa velja, da je za vse ravni blagodejen čuteč posluh. Težava je v tem, da se tega posluha ni mogoče naučiti po naročilu in tudi ne po hitrem postopku. Ne razvije ga izobraževanje, s katerim lahko svoj um opremimo z ustreznimi tehnikami. Celostni pristop zahteva celega človeka. Kdor želi zdravilno sodelovati s trpečim človekom, lahko to zares izpelje samo v procesu lastne preobrazbe. V tem postopku, za katerega ne moremo vedeti, koliko bo trajal in do katere globine bo lahko segel, saj gre za poseg v osebno zgodbo posameznika, razvijemo sposobnosti, s katerimi bomo lahko kos bolečini sočloveka, da nas ne bo zajela, da ne bomo bežali in da je ne bomo prirejali v iskanju svojega olajšanja. Usposabljanje za podporo je zahtevna pot.

Ostajati v stiku na način, ki ga drugi občuti kot bližino, podporo in varnost, je dosežek osebnega in ne le strokovnega zorenja. Potrebno je, da prehodimo vse ključne stopnje celostne

usposobljenosti. Soočamo se s svojim odnosom do lastne bolečine telesa, čustev in duha. Svojo moč lahko zajemamo samo iz izkušenj, iz doživete resnice, da je možno sodelovati s sporočilom bolečine. Verodostojna priča je lahko samo kdo, ki je prehodil podobno pot kot človek v tiski in ve, zakaj je preživel, koliko ga je stalo in kaj je potrebno, da najdemo izhod. Drugega v bolečini lahko spremljamo iz bolečine v olajšanje samo, če znamo najprej skupaj z njim gledati, kar doživlja, in vzdržati, ker smo nekoč to zmogli prestati sami ob nekom drugem. Kdor nikoli ni doživel resnične podpore, je ne more dati. Ne more zaživeti zdravilne moči odnosa, če se ga zdravljenost drugega nikoli ni dotaknila.

Glavno sredstvo proti človekovi bolečini je bližina, pa čeprav seveda to ni dovolj. A brez tega je vse ostalo s trajnostnega vidika neučinkovito. Fizična bližina pomeni, da nudimo drugemu svoje čuječe telo, do dna odprto in pregneteno za čutenje. Čustvena bližina pomeni, da smo doma v vseh čustvih, ki lahko zajamejo trpeče bitje, in da na tem vihnem morju znamo držati krmilo. Duhovna bližina pomeni, da poznamo neskončnost obupa, stisko nesmisla, krivde, neuslišanih sanj in izgubljenih idealov, in da ne ponujamo poceni receptov in verskih resnic, ampak samo svojo duhovno širino in prostor za vse, kar lahko stre človekovega duha. Jasno je, da se tega ne naučimo ne na treh dneh tečaja in žal niti z doktoratom. Potrebno je stopiti v procese, ki iz nas naredijo čuteče in obenem močne, žive ljudi, ki znajo soustvarjati preobrazbo bolečine s svojim bližnjim na stopnji, ki jo ta zmore.

Bolečini je lahko kos le celosten človek, ki premore vitalno telo, čustveno opremljenost ter duhovno globino na najmanjšem možnem manevrskem prostoru kriznega trenutka.

Toda danes ne živimo v kulturi vitalnega organizma, čustvene opremljenosti in duhovne moči. Zato se ljudje največkrat soočajo s stisko neopremljeni: neobgljeno, panično, izgubljeno grabijo po trenutnem olajšanju in so nepripravljeni na zahtevno sodelovanje s sporočilom bolečine. Neradi prisluhnejo sporočilom svoje bolečine, obupa ali praznine, na vse načine vztrajajo v zastoju, pa čeprav čutijo pogubnost svoje ujetosti. Velikokrat vidimo človeka, ki do konca in neusmiljeno nadaljuje z uničevanjem svojega bitja in z zavračanjem vsega, kar bi podpiralo njegovo življenje.

Življenjske moči in celostne vitalnosti ne najdemo pogosto, zato imamo opravka ne le z bolečinami, ampak predvsem z nepripravljenostjo osebnostjo, ki ne more biti kos vsemu, kar življenje prinaša.

Kdo danes živi v čutečem stiku s telesom, v posluhu za svoje temeljne potrebe po miru, počitku in naravnem gibanju?

Kdo intenzivno in subtilno opaža, kaj se dogaja z njegovimi čustvi v odnosih, pazi na svojo potrebo po uslišanosti, podpori in pravični obravnavi?

Kdo živi v globinskem posluhu za svoje potrebe po tem, kar ga duhovno hrani, osvobaja in navdihuje?

Ko nas napade bolečina na katerikoli od teh ravni, se odzovemo glede na svojo opremljenost, kar pomeni glede na čas in nego, ki smo jo vložili v to opremljenost. Zato je potrebno, da se zavedamo potrebe po kulturi vitalne opremljenosti, po humanosti, ki se zaveda zahtevnosti življenja in ne ponuja poceni rešitev. Spoštovati človekovo bolečino pomeni, da spoštujemo resnico o življenju, ki nas bo še in še strlo na naši poti, sprejeti, da tega ne moremo preprečiti, in obenem narediti vse, da to pričakamo prožni, čuječi, trdno zakoreninjeni vase in ljubeči.

Vsaka bolečina je deroča reka, mi pa smo tisti, ki gradijo most, da bomo lahko prišli od nemoči do rešitve na drugem bregu. Tam nas čakajo sočlovek in naše preobraženo življenje.

Prispevek in predavanje sloni na teoriji in praksi metode Vera vase, katere avtorica je Josipa Prebeg.



Snežana Ulčar

je zdravnica, specialistka interne medicine, pulmologije in alergologije, opravlja tudi ultrazvok srca. Po končanem študiju se je zaposlila na Kliniki za pljučne bolezni in alergije Golnik, nato je delala nekaj let v Zdravstvenem domu Kamnik, zadnjih trinajst let pa vodi koncesijsko ordinacijo Objem zdravja d. o. o v Kamniku.

Storitve v ordinaciji stalno dopolnjuje glede na napredek znanosti. Vrsto let se poleg dela v medicini ukvarja še z različnimi tehnikami preventivnih zdravstvenih pristopov. Na tem področju je drzna in inovativna ter se neprestano izobražuje, da bi sebi in svojim strankam ponudila najboljše. Uporablja tehnologijo, ki temelji na najnovejših napredkih znanosti (Schuman, iLife Somm), kot tudi psihološke pristope, različne metode dostopanja do nezavednega in spreminjanje le-tega.

Je terapevtka medicinske hipnoze, Access Bars facilitatorka, certificirana facilitatorka in Maestro Access Consciousnessa, facilitatorka posebnega seminarja Access Consciousness: Pravi glas za Vas ter diplomantka Landmark foruma.

Opogumlja ljudi, da pridejo nazaj do sebe, svoje moči, zdravja, boljšega počutja, hvaležnosti, nežnosti, ranljivosti, radosti, novih premikov v življenju, čarobnih možnosti, ki so na dosegu roke. Je raziskovalka in ustvarjalka drugačnih možnosti, polna idej, zamisli, kako izboljšati življenje in bivanje na naši prelepi Zemlji.

Svojim pacientom in strankam je predana in uporablja osebni pristop. Leta 2010 je ustanovila Zavod moje zdravje, kateremu se je leta 2017 v Ljubljani pridružil Aurora MD center, kjer skupaj s hčerko, psihologinjo Kajo Ulčar izobražuje, facilitira in opolnomoča ljudi.

Vpliv aktiviranja Access Barsov pri obvladovanju in zmanjševanju intenzivnosti bolečine

Snežana Ulčar

Zavod moje zdravje

Izvleček

Access Bars® so naravna možnost za življenje brez bolečin oziroma z manj bolečine. Je osnovna tehnika Access consciousness-a® (dostop do zavedanja). Uporablja se že skoraj 30 let, v več kot 174 državah na svetu in je pomagala številnim ljudem, na vseh področjih življenja. Izvaja se na glavi z nežnim dotikom 32 točk, ob tem možganski valovi preidejo v theta stanje, s čimer lahko resetiramo, umirimo misli, opustimo veliko omejitev, prepričanj, vzorcev, čustev, odpustimo stres. Telo postane lahkotno, bolečine se zmanjšajo.

Raziskave učinka Access barsov® še potekajo; v eno izmed njih (Bela knjiga - White paper) je vključenih 914 preiskovancev. Opazovali so učinkovitost tehnike pri preiskovancih s simptomatiko anksioznosti in depresije ter pri tistih z bolečinami in stresom. Preiskovancem, ki so poročali o bolečini pred tretmajem, se je le ta po njem pri 84 % preiskovancev zmanjšala. 87 % preiskovancev, ki so imeli simptome anksioznosti so se le ti po enem tretmaju zmanjšali. Nivo stresa se je zmanjšal pri 93 % preiskovancev. Občutek sreče se je povečal 91 % preiskovancem. Raziskava še poteka.

32 točk na glavi sprosti telo, ki postane lahkotno in omogoča boljši stik s samim s seboj. Vsaka misel, občutek in čustvo vplivajo na možgane in telo. Barsi omogočajo prostor, kot da bi brisal datoteke, da potem lahko pride novo in lahko kreiraš spremembe. Po barsih se lahko dogajajo posebne sprostitev; lahko pride do zanositve pri ženskah, ki niso mogle imeti otrok, ker se z njimi izbrišejo vse omejitve, misli, čustva, pogledi. Praktično vplivajo na spremembe tako telesno kot psihično. Zmanjšajo se stres, bolečine in travme. Ljudje niso več na avtopilotu, ampak so bolj prisotni v svojem življenju, vsak trenutek. Prav tako se umiri um, kar vpliva na zmanjšanje pretiranih misli in skrbi. Barse je najboljšje prejeti in poskusiti, ker so težko opisljivi.

Access Consciousness (dostop do zavedanja, zavesti) je skupek orodij in procesov, ki so nastali z namenom, da ljudem omogočijo več zavedanja. Zavedanje vključuje vse, brez obsojanja. Je voljnost in sposobnost biti popolnoma zavesten in prisoten na vseh področjih življenja. Zavedanje je zmožnost prebujanja vsak dan v svet z več možnosti, izbire in življenja. Access Consciousness se je začel z vprašanjem. Gary Douglas, ustanovitelj, je v želji, da bi osmisli svoje življenje in našel srečo prišel do točke, ko njegovo življenje ni več delovalo. Spoznal je, da mora v življenju biti še kaj več od tega, kar je trenutno živel. Zato je univerzumu pričel postavljati vprašanja: "Kaj lahko sem, kaj lahko naredim, imam, kreiram, generiram, da bosta moje življenje in svet boljša? Kaj lahko zaznam, vem in sem, kar bo povzročilo, da bo življenje vredno živeti?" Iz teh vprašanj so nastali barsi in nato telesni procesi, orodja in cela znanost AC, kar je v bistvu znanje, ki nam je bilo mnogo let skrito. To znanje nas ozavešča in nam s tem vrača moč. AC želi opolnomočiti ljudi. In mantra AC je: "vse življenje prihaja k meni lahko in radostno veličastno". In življenje spet dobi smisel. In ko je smisel, ni več depresivnih misli, je radost in lahkočnost.

Študija o vplivu barsov na možgane nevroznanstvenika dr. Fanninga prikaže spremembe po 90 minutah izvajanja barsov, kar niso dokazali še pri nobeni drugi metodi v takšni meri. Valovanje v možganih se upočasni; pred barsi je valovanje možganov 28,9 Hz, kar je nad normalo, po barsih se zniža na 2 Hz. Aktivnost možganov se zmanjša za 4x, misli ne divjajo več. Z umirjanjem možganov sprostimo telo, kar pomeni tudi, da krč mišic popusti, poveča se krvni obtok in tkiva se lahko začnejo regenerirati. Pomislimo, koliko smo v stresu, krču mišic, strahu preko dneva, pa tudi ponoči, ko se ne moremo sprostiti, ko sanjamo ... In kako čudovito je, da imamo barse kot tehniko, s katero lahko umirimo telo in misli (Fanning, et al., 2005).

Zadnja študija o barsih se imenuje beli papir "White paper". Dokazali so, da ima 85 % udeležencev študije spremembe EEG (elektroencefalografija možganov); 63 % udeležencev je imelo po barsih spremembe v čustvovanju in fizičnem telesu.

Literatura:

Fanning, J.L., Anderson, L., Waterman, M., Hope, T., Stivers, J. & Roye L. (2005). Access Consciousness Bars Research 2015. Available at: <https://accessconsciousness.app.box.com/s/i8m1i1fwq7or82j38dzfbfol7cv0aeyj> [15.11.2019]



Sanja Lončar,

voditeljica civilnodruženega gibanja Skupaj za zdravje človeka in narave že 15 let vodi največji nevladni projekt, namenjen ozaveščanju odnosa do sebe, zdravja in naravnih rešitev - Skupaj za zdravje človeka in narave.

Je urednica informacijskega središča zazdravje.net in soavtorica 18 knjižnic uspešnic, raziskovalka in neodvisna novinarka.

O naravnih rešitvah, moči prehrane in zdravilnih rastlin predava laični in strokovni javnosti v Sloveniji, Avstriji in Nemčiji.

Primerjalne moči zdravilnih rastlin proti bolečinam

Sanja Lončar

Skupaj za zdravje človeka in narave, civilnodružbeno gibanje
zazdravje.net

Izvleček

Številne primerjalne študije ugotavljajo, da so moči naravnih pripravkov, ob pogoju standardizirane in kakovostne priprave enakovredne nekaterim sinteznim protibolečinskim zdravilom. Strokovna literatura (PubMed referenčna zbirka objavljenih znanstvenih del s področja medicine) in dokumentacija Evropske agencije za zdravila ponujajo kredibilne ocene vrbove skorje, močvirskega oslada, arnike, vražjega kremplja in številnih drugih zdravilnih rastlin, ki ob pravilni uporabi predstavljajo enakovredne in hkrati bolj varne izbire za odpravo bolečin.

Arnika in lovor sta lahko po protibolečinskih močeh primerljiva z nesteroidnimi antirevmatiki; kakovostni gabezovi pripravki po učinkih presegajo mazila z učinkovino diklofenak, vrbova skorja pri daljšem jemanju doseže primerljive učinke z sintezno acetilsalicilno kislino...

Arnika, navadna (*Arnica montana* L.)

Raziskave na živalih so pokazale, da arnika deluje protibolečinsko in protivnetno. V farmakoloških raziskavah na miših so dokazali, da je helenalin v arniki tista spojina, ki zmanjšuje vnetje. V njej so tudi visokomolekularni polisaharidi, ki vplivajo na imunski sistem, vsebuje pa tudi adrenalinu podobno spojino, ki zviša krvni tlak in vpliva na delovanje srca. V laboratorijih so dokazali tudi protimikrobno in protiglivično delovanje arnikinih cvetov.

V več krajih v Švici je bila izvedena klinična študija, v kateri so želeli preveriti učinek arnike pri osteoartritisu kolena (Knuesel et al., 2002): 26 moških in 53 žensk si je šest tednov nanašalo gel iz arnike na obolelo koleno. Uporabljali so gel iz tinkture svežih arnikinih cvetov (A. Vogel, Atroge).

Opazni učinki so bili zaznani že po treh tednih. Zmanjšali sta se bolečina in otrdelost in izboljšala se je funkcija kolena. Le pri eni osebi se je pojavila alergijska reakcija na arniko.

V dokumentih Evropske agencije za zdravila (EMA) najdemo še eno zanimivo študijo. Randomizirana, s placebom kontrolirana raziskava na 48 pacientih je primerjala arniko in kortikosteroidna zdravila pri postoperativnem okrevanju.

Uživanje homeopatskega pripravka arnike je bilo pri zmanjševanju edema enako učinkovito kot intravenozna uporaba kortikosteroidnega zdravila deksametazona, ki ji je sledilo 6-dnevno peroralno uživanje metilprednizona (Medrol).

Dokumenti EMA navajajo še eno randomizirano in dvojno slepo raziskavo, v kateri so primerjali 5-odstotni ibuprofen gel (Optifen) z gelom iz arnike (A. Vogel, AtroGel). Študijo so izvedli na 204 pacientih z osteoartritisom na področju prstov, s primerljivo izraženimi težavami.

Rezultati obeh uporabljenih pripravkov so bili podobni, zelo podobno pa je bilo tudi število oseb, ki je imelo alergijske reakcije na pripravek: o teh je poročalo 6 oseb v skupini z ibuprofenom in 5 oseb v skupini z arniko (Widrig et al., 2006.)

Morebitne nevarnosti pri uporabi

Velike moči arnike žal niso namenjene vsem. Veliko ljudi je namreč alergičnih na arniko (in druge nebinovke) in jim ta povzroča srbeče in boleče izpuščaje na koži. Osebe, alergične na kamilico, rman, ognjič in druge predstavnike družine košarnic, bodo zelo verjetno alergične tudi na arniko.

Bosvelija (*Boswellia serrata* ali *Boswellia carteri*)

Znanstvenike je najbolj pritegnil specifični mehanizem delovanja bosvelije, ki je prijazen telesu in še posebej želodcu tudi ob daljšem jemanju. Ker deluje podobno kot nesteroidna protivnetna zdravila, vidijo v njej dobro alternativo sinteznim zdravilom, ki imajo ob daljšem jemanju veliko stranskih učinkov. Potrjeno je, da bosvelija deluje protivnetno, protibolečinsko in tudi kot dober lubrikant, saj povečuje produkcijo tekočine v sklepih, kar olajša gibanje. Protibolečinski in protivnetni učinki so razen na mišično-skeletnem sistemu dokazani tudi pri Chronovi bolezni, ulceroznem kolitisu in astmi.

Znanstvene raziskave, ki so bile opravljene v zadnjih dvajsetih letih, bolj natančno opisujejo tudi njen mehanizem delovanja na sklepe in mehka tkiva. Kot ugotavljajo, kislina, ki jo vsebuje bosvelija, znižuje raven encimov, ki povzročajo razkroj veznih tkiv. Zavira pa tudi razvoj vnetnega odziva. V primerjavi s sinteznimi zdravili bosvelija potrebuje nekaj več časa, zato so njeni učinki najbolj opazni kakšen mesec dni po začetku jemanja.

Indijski inštitut za integrativno medicino je izvedel več raziskav, da bi razvil učinkovita zdravila rastlinskega izvora za zdravljenje revmatoidnega artritisa. Raziskave so potrdile, da so

aktivne sestavine bosvelije bolj učinkovite od modernih protivnetnih zdravil in da nimajo negativnih stranskih učinkov. Njene aktivne sestavine delujejo analgetično ter zavirajo nastanek in razvoj vnetnih kemikalij (levkotrienov).

V več raziskavah so potrdili učinkovitost smole pri zdravljenju osteoartritisa, revmatizma, bolečin v hrbtu, protina in bolečega revmatoidnega artritisa. Zmanjšala se je bolečina in povečala gibljivost, zavrlo se je napredovanje vnetja.

Bosvelična kislina učinkovito zavira infiltracijo levkocitov v kolenski sklep, kar zmanjša vnetne procese, ki jih sproži odziv imunskega sistema (Sharma et al., 1998; Kulkarni, et al., 1992).

Jemanje bosvelije je imelo podobne učinke kot konvencionalni zdravili ketoprofen in fenilbutazon, vendar za razliko od teh bosvelija ni povzročala nobenih neželenih stranskih učinkov (Indian Institute of Integrative Medicine, Council of Scientific and Industrial Research).

Čili (*Capsicum frutescens* L.)

Kljub temu, da se čili uporablja v zdravstvene namene že več kot 6000 let, se je znanost zanj začela zanimati šele v zadnjem stoletju, ko so leta 1919 izolirali kapsaicin in določili njegovo kemično strukturo. Od leta 1930 pa ga znajo tudi sintetizirati, kar pomeni, da je danes na trgu veliko kapsaicina sinteznega izvora.

V monografiji Evropske agencije za zdravila je na desetine kliničnih poskusov z izvlečki in izoliranim kapsaicinom, ki so jih preizkušali pri številnih vrstah bolečin. Pripravki na osnovi izvlečkov celotne rastline (alkoholni izvlečki v 80-odstotnem etanolu, v razmerju 4-7: 1) v različnih raziskavah kažejo na približno 30-odstotno zmanjšanje bolečine. Po treh tednih uporabe pa so rezultati še boljši in dosežejo celo 50-odstotno zmanjšanje (Chrubasik et al., 2010).

Zelo podobne rezultate je pokazala tudi raziskava vpliva obližev s kapsaicinom pri kronični bolečini v križu (Keitel et al., 2001). Uporabili so obliže, ki so vsebovali 11 mg kapsaicinoidov, kar ustreza koncentraciji 35 µg kapsaicinoidov na cm². Raziskava na 154 pacientih je trajala tri tedne. Sodelovali so pacienti, pri katerih je bolečina trajala že dlje kot tri mesece in so jo na lestvici za bolečino ocenjevali nad 5. Razen občutka bolečine so spremljali tudi mobilnost in telesne funkcije. Pri vseh testiranih je po treh tednih uporabe bolečina popustila vsaj za 30 %, pri nekaterih celo za bistveno več. Kljub občutku vročine, neugodju in rdečici pa tudi močnejše koncentracije kapsaicina niso povzročile pomembnejših stranskih učinkov. Skoraj identične rezultate je imela tudi raziskava, opravljena na 320 pacientih z bolečino v križu. Po treh tednih se je učinek povečal in je bilo izboljšanje v povprečju 42-odstotno. 74 % testiranih je ocenilo takšno obliko pomoči kot »odlično« ali

»dobro«, 82 % udeleženih pa je celo ocenilo, da jih je izdelek osvobodil bolečin. 7,5 % jih je izkusilo tudi stranske učinke (predvsem rdečico in nelagodje, brez trajnih posledic).

Nekaj kliničnih študij je preizkušalo protibolečinske moči kapsaicina tudi pri bolečinah, ki nastajajo po operacijah. Dvojno slepa študija, pri kateri so obliže s kapsaicinom (345,8 mg čilija v prahu in 34,58 mg tinkture čilija) nanесли na akupunkturno točko ST-36 (Zu San Li), je bila izvedena na 90 ženskah pri abdominalni histerektomiji.

Obliž so namestili pred operacijo in ga pustili še tri dni po posegu, 8 ur na dan. Spremljali so, kakšna bo potreba po opioidnih analgetikih pri pacientkah. Pacientke, ki so imele obliž, so potrebovale 30 % manj analgetikov kot tiste, ki so uporabljale placebo. Tudi postoperativnih zapletov je bilo veliko manj v skupini, ki je uporabljala obliž s čilijevim izvlečkom (Kim & Nam, 2006).

Zanimivi sta tudi dve študiji korejskih znanstvenikov, v katerih so obliže s kapsaicinom prav tako prilepili na ustrezne akupunkturne točke. S tem so učinkovito zmanjšali bolečino po operaciji preponske kile dojenčkov in otrok (starosti od 4 mesecev do 9 let) oziroma bolečine po operaciji čeljusti in obraza.

Na 100 pacientih z osteoartritisom kolena so testirali učinkovitost gela, ki je vseboval tinkturo čilija (0,0125 %). Študija je bila navzkrižna, dvojno slepa in randomizirana. Gel so pacienti nanašali 3-krat dnevno, 4 tedne, z enim tednom premora. Potem so jim ga zamenjali – tisti, ki so sprva imeli pravi gel, so dobili placebo in obratno. Izboljšanje je bilo pri vseh veliko boljše takrat, ko so uporabljali čilijeve pripravke. Študija je pokazala, da ima že koncentracija 0,0125 % kapsaicina učinek pri blagi in srednji bolečini kolena.

Zelo podobni so bili tudi rezultati številnih kliničnih poskusov, v katerih so v mazilih in gelih uporabljali izolirani kapsaicin v dvakrat večji koncentraciji (0,025 %). Testirali so ga na 113 pacientih z osteoartritisom kolena, gležnja, komolca, rame ali zapestja. V vseh primerih so učinki močno presegali učinke pri placebo skupini (Altman et al., 1994).

Študija na 61 pacientih s kronično bolečino v vratu je preverjala učinke hidrogel obližev z 0,1-odstotno vsebnostjo kapsaicina. Študija je bila dvojno slepa, randomizirana in kontrolirana s placebom. Udeleženci so uporabljali po en obliž na točki vrata ali rame, kjer so čutili največjo bolečino, in ga tam imeli 12 ur na dan, 4 tedne. Spremembo stanja so spremljali po dveh in štirih tednih po različnih metodologijah (VAS, NDI, BDI ...). Po vseh kazalcih se je bolečina merljivo zmanjšala že po dveh tednih (Cho et al., 2012).

Podobne rezultate je imela tudi raziskava na 23 pacientih s kronično bolečino v vratu, ki so uporabljali kremo s kapsaicinom (0,025-odstotna koncentracija) 4-krat dnevno, 5 tednov (Mathias, 1995).

Gabez (*Symphytum officinale* L.)

V uradni oceni gabeza, ki jo je izdala Evropska agencija za zdravila (EMA), najdemo nekaj zanimivih študij, ki potrjujejo velikim močem gabeza. Vse študije so narejene s posebnimi izvlečki, izdelanimi po postopku, ki omogoča zmanjševanje vsebnosti pirolizidinskih alkaloidov. Ker postopek vpliva predvsem na varnost, si lahko dovolimo predpostavko, da bi podobno delovali tudi kakovostni izvlečki, narejeni po tradicionalnih postopkih, le da bi ti vsebovali več pirolizidinskih alkaloidov, kar bi vplivalo predvsem na dovoljeno obliko in čas uporabe. Farmacija glavnino svojih prizadevanj posveča predvsem korenini gabeza.

Predklinične študije so potrdile, da oralno uživanje pripravkov iz gabezovih korenin deluje kancerogeno, hepatotoksično in mutageno. Hkrati pa klinični poskusi potrjujejo, da zunanja uporaba gabezovih pripravkov (pod pogojem, da je pravilna!) prinaša koristi, ki so primerljive s sintezni zdravili.

Kontrolirana, randomizirana in slepa klinična študija na 164 pacientih z akutnim enostranskim zvinom gležnja je primerjala učinke mazila iz gabezovih korenin z analgetikom v obliki diklofenak gela (1 g gela vsebuje 11,6 mg diklofenak- dietilamina). Obe mazili so nanašali 4-krat na dan, sedem dni (Predel et al., 2005). Merili so bolečino v mirovanju in med gibanjem, oteklino in subjektivno počutje. Po sedemdnevni uporabi se je bolečina pri pacientih, ki so uporabljali gabezovo mazilo, zmanjšala za 92 %, pri skupini, ki je uporabljala diklofenak, pa za 85 %. Še večja razlika je bila pri občutenju bolečin med gibanjem – te je gabezovo mazilo zmanjšalo za 83,2 %, diklofenak pa za 72,4 %. Meritve sklepa so pokazale zmanjšanje oteklina za 79,5 % pri uporabi gabeza in 69,4 % pri uporabi diklofenaka. Podobno je bilo tudi pri občutenju bolečine pri pritisku na boleče mesto: ponovno je mazilo iz gabeza doseglo visok rezultat – zmanjšanje bolečine za 80,6 %, medtem ko se je po uporabi diklofenaka zmanjšala za 74,7 %. Ponovno ovrednotenje podatkov v skladu s smernicami CPMP je pokazalo še eno prednost gabeza – hitrejše učinkovanje, ki je bilo očitno že četrty dan redne uporabe. Tudi subjektivna ocena pacientov in zdravnikov je bila na strani gabeza.

Druga klinična študija, ki jo navaja EMA (Grube et al., 2007), je raziskovala učinke gabeza (3-krat na dan, 2 g mazila) na osteoartritis kolena. Raziskava je bila dvojno slepa in kontrolirana s placebom. Trajala je tri tedne in je vključevala 220 pacientov povprečne starosti 58 let. Vizualno izboljšanje v skupini, ki je uporabljala pravo gabezovo mazilo, je bilo 54,7-odstotno, v skupini, ki je uporabljala placebo, pa je bilo izboljšanje le 10,7-odstotno. Intenziteta bolečine se je v prvi skupini, ki je uporabljala pravi pripravek, s "srednje boleče" premaknila na "blago boleče" pri 47,1 % pacientov. V placebo skupini pa je o zmanjšani

bolečini poročalo 21,3 % uporabnikov. Razlike med skupinami pa so še naraščale z dnevi uporabe pripravka.

Tretja klinična študija se je nanašala na učinke gabezovih izvlečkov na akutno bolečino v zgornjem ali spodnjem delu hrbta. Tudi ta je bila dvojno slepa, randomizirana in izvedena s kontrolno skupino. Izvajali so jo na 120 moških, starih v povprečju 37 let, ki so uporabljali gabezov pripravek 3-krat na dan po 4 grame. V roku 5 dni se je bolečina pri tistih, ki so uporabljali posebni gabezov izvleček, zmanjšala za 95,2 %, v placebo skupini pa se je intenziteta bolečine zmanjšala za 37,8 % (Giannetti et al., 2010).

(Vse navedene raziskave izhajajo iz: European MedicineAgency, 2015).

Konoplja (*Cannabis sativa* L.)

Konoplja se za blaženje različnih bolečin uporablja že tisočletja. Tudi danes se kljub zakonskim omejitvam posega po njej, najpogosteje prav zaradi umirjanja bolečine. Ena glavnih prednosti, ki jih uporabniki pri takšni terapiji vidijo, je manj stranskih učinkov, ki so sicer značilni za opioidna in druga protibolečinska zdravila.

Sodobne raziskave razkrivajo, da utegne regulacija endokanabinoidov in/ali uporaba kanabinoidov v prihodnje postati pomemben sestavni del protivnetnih terapij pri različnih obolenjih (npr. multipli sklerozi, revmi, artritisu, tumorjih, sproženih zaradi vnetij, itd.).

Protivnetne učinke imajo med drugim naslednji kanabinoidi: CBD, THC, CBG, CBC,

CBN, delta-8-THC itd. Protivnetni potencial THC naj bi bil 20-krat močnejši kot pri aspirinu in 2-krat močnejši kot pri hidrokortizonu (Evans, 1991).

V raziskavah na živalih in človeških celicah ljudi z revmo so ugotovili, da sintezni nepsihoaktivni kanabinoidi izkazujejo dober antiartritični potencial.

Pomemben potencial pri obvladovanju artritisa pa kaže tudi kombinirano imunosupresivno in protivnetno delovanje kanabinoida CBD. Študija na glodavcih z umetno povzročenim artritisom je pokazala, da dnevno oralno ali intraperitonealno jemanje CBD zmanjša napredovanje te bolezni in zaščiti sklepe pred nadaljnjo poškodbo (Malfait, et al.).

Konopljsini kanabinoidi utegnejo pomembno prispevati tudi k zdravju živčnega sistema, zato pomagajo tudi pri umirjanju nevropatske bolečine, ki lahko izvira iz fizične poškodbe živcev (npr. zlom noge, zgnetenje mišic in živcev zaradi padca), vnetja živcev (npr. zaradi multiple skleroze, revme, diabetesa) ali poškodbe živcev s toksini (npr. kemoterapija).

Vražji krepelj (*Harpagophytum procumbens* DC.)

Učinkovitost korenine vražjega krepolja so raziskovali v 7 raziskavah, nadzorovanih s placebom, v 2 primerjalnih raziskavah z uveljavljenim zdravilom in 54 odprtih raziskavah. Evropsko znanstveno združenje za fitoterapijo (ESCOP) priporoča uživanje pripravkov iz vražjega krepolja pri boleči sklepni artrozi, bolečinah v predelu ledvenega vretenca, pri revmatičnih težavah, pa tudi pri izgubi teka in prebavnih motnjah.

V kontrolirani raziskavi je 45 ambulantnih bolnikov z revmatičnimi bolečinami v obdobju 2 mesecev uživalo 3-krat dnevno po 2 kapsuli korenine vražjega krepolja v prahu. Kapsula je vsebovala 335 mg praška korenine, standardiziranega na 3 % iridoidov. Druga skupina, v kateri je bilo 44 bolnikov, je uživala placebo. Bolečine pri različnih gibih so klinično določili in primerjali. V skupini, ki je uživala pripravek iz korenine, je bila gibljivost boljša kot pri bolnikih iz skupine s placebo.

V drugih kontroliranih raziskavah s približno 200 bolniki z revmatskimi obolenji ali artrozo so po uživanju korenine vražjega krepolja lahko potrdili olajšanje bolečine in povečanje gibljivosti. Te ugotovitve potrjujejo tudi številne raziskave brez kontrole s placebom, z več kot 1500 bolniki. Tovrstne raziskave so potrdile tudi učinkovitost vražjega krepolja pri lažšanju bolečine v hrbtu.

V raziskavi, ki jo je opravil Goebel s sodelavci, so preučevali učinek izvlečka korenine vražjega krepolja pri 65 bolnikih z blago do zmerno bolečino (ocenjeno z vizualno analogno lestvico – VAL) ali napetostjo mišic ramen, vratu in/ali hrbta. Bolniki so 4 tedne jemali v eni skupini izvleček korenine vražjega krepolja in v drugi skupini placebo. Učinkovitost so preverjali po 2 tednih in ob zaključku raziskave. Izvleček korenine je pokazal statistično značilno izboljšanje mišične bolečine in okorelosti v primerjavi s placebo (Goebel, et al., 2001).

V raziskavi Schmelza in sodelavcev so preučevali učinek uživanja izvlečka korenine vražjega krepolja pri bolnikih z različnimi revmatičnimi težavami (aktivni artritis, kronični lumbago, revmatizem mehkih tkiv). Bolniki so 30 dni 3-krat dnevno jemali izvleček korenine vražjega krepolja, ki je ustrezal 4,92 g rastlinske droge.

Ob začetku raziskave je v skupini, ki je jemala zdravilo, 31 bolnikov poročalo o močni, 15 pa o zmerni bolečini. V skupini, ki je jemala placebo, pa jih je 26 poročalo o močni in 24 o zmerni bolečini. Ob koncu zdravljenja je 15 bolnikov, ki so jemali zdravilo, poročalo o odsotnosti bolečine, medtem ko so bili v skupini s placebom takšni le 3 bolniki (Schmelz, et al., 1997).

V pilotni raziskavi Chrubasika in sodelavcev so primerjali učinke izvlečka korenine vražjega krepolja in zdravila z učinkovino rofekoksib pri zdravljenju bolečin v hrbtu. Zdravljenje je

trajalo 6 tednov, z dnevnimi odmerki 2,4 g korenine vražjega kremplja oziroma 12,5 mg rofekoksiba. Ugotovili so, da je odziv bolnikov na obe zdravili primerljiv (Chrubasik, 1997).

Rofekoksib je nesteroidni antirevmatik, ki je bil med letoma 1999 in 2004 eno izmed največkrat predpisanih zdravil (pojavljal se je pod imeni Vioxx, Ceoxx in Ceeoxx). Uporabljalo ga je okoli 80 milijonov ljudi, leta 2004 pa so ga vzeli iz prodaje zaradi ugotovitve, da povečuje tveganje srčne kapi. Ocenjujejo, da je povzročil od 88.000 do 140.000 primerov resnih obolenj srca, informacije o tveganju pa niso bile objavljene več kot pet let. Spoznanje, da lahko enak učinek dosežemo z rastlinskim zdravilom, ki ima ob tem zanemarljive stranske učinke, je zato res dobra novica.

Kot vidite, je bil v vseh študijah, ki so potrdile njegovo protibolečinsko delovanje, vražji kremplj uporabljen notranje. Mazila niso dosegla takšnih rezultatov. Z bolj natančnim preučevanjem mehanizmov delovanja so znanstveniki prišli do ugotovitev, da je za protibolečinsko delovanje potrebna jetrna presnova glikozidov. Kar pomeni, da bomo imeli največ koristi od tistih pripravkov z vražjim krempljem, ki jih zaužijemo.

Vrbova skorja (*Salicis cortex*)

Povratak k raziskovanju skoraj pozabljene vrbove skorje je motiviran predvsem s spoznanjem, da je narava salicin v vrbovi skorji modro zapakirala s sinergijsko delujočimi snovmi, ki povečujejo učinke, in zmanjšujejo tveganja.

Raziskave so potrdile, da vrbovi salicilati v kombinaciji s polifenoli in flavonoidi močno prispevajo k terapevtskim učinkom. Zaradi tega so tudi stranski učinki naravnega izvlečka veliko manjši v primerjavi s sintezni zdravili, ki vsebujejo acetilsalicilno kislino (Shara & Stohs, 2015).

Japonski znanstveniki so leta 2002 izvedli poskuse, ki so potrdili, da salicilna kislina, nastala med pretvorbo salicina v črevesju, znižuje povišano telesno temperaturo, ne da bi škodljivo vplivala na želodec.

V Nemčiji so leta 2001 raziskovalci potrdili, da vrbovo lubje zmerno lajša bolečine pri ljudeh z osteoartritisom. Posebej pomembno pri vseh teh raziskavah je, da se ponavljajo ugotovitve o varnosti uporabe zelišča v primerjavi s sintezni oblikami.

Randomizirana, dvojno slepa študija iz leta 2000 (Chrubasik et al.) je vključevala 210 pacientov s hudimi bolečinami v spodnjem delu hrbta. Namen študije je bil, ugotoviti, kako je količina priprava povezana z njegovim učinkom. Paciente so razdelili v tri skupine po 70 oseb. Prva skupina je uživala placebo. Druga skupina je uživala 786 mg izvlečka vrbove skorje, kar je 120 mg salicina, tretja pa dvakrat večji odmerek – 1.572 mg enakega izvlečka

(kar predstavlja 240 mg salicina). Vsi so lahko v primeru hudih bolečin po potrebi uživali še močno protibolečinsko zdravilo tramadol.

Raziskovalce je zanimalo, koliko bo uporaba vrbove skorje zmanjšala potrebo po tramadolu. Študija je pokazala, da je tramadol nehalo uporabljati le 6 % oseb, ki so dobivale placebo, 21 % oseb, ki so uživale manjši odmerek vrbove skorje, in 39 % oseb iz skupine, ki je uživala višje odmerke vrbove skorje.

Veliko število kliničnih študij, objavljenih v dokumentih Evropske agencije za zdravila (EMA) nakazuje, da ima vrbova skorja največ prednosti v situacijah, kjer je potrebno dolgotrajnejše jemanje protibolečinskih sredstev. V krajših študijah (npr. dva tedna) so učinki vrbove skorje praviloma slabši v primerjavi z drugimi testiranimi protibolečinskimi zdravili. Tam, kjer gre za potrebo po daljšem jemanju (npr. pri kroničnih revmatoidnih težavah), pa se učinki vrbove skorje (120-240 mg salicina na dan) po 4-6 tednih izenačijo z drugimi predpisanimi protibolečinskimi sredstvi (Beer & Wegener, 2008.)

Zaključek

Vse navedene raziskave jasno kažejo na to, da imamo v rokah še veliko naravnih rešitev, s katerimi lahko zmanjšamo tako obremenitve telesa kot nevarnost zasvojenosti z opioidnimi protibolečinskimi sredstvi, poleg tega pa tudi, kar ni zanemarljivo, stroške za protibolečinsko zdravljenje.

Literatura:

Evans, F. J., 1991. *Cannabinoids: the separation of central from peripheral effects on a structural basis. Planta medica*, 57(7), pp. 60 – 67.

European MedicineAgency, 2015. *Assesment report on Symphytum officinale L., radix*, 2015. Available at: https://www.ema.europa.eu/en/documents/herbal-report/final-assessment-report-symphytum-officinale-l-radix_en.pdf [14.11.2019].

Prispevek je v celoti povzet po knjigi:

Lončar, S., 2018. *Naravne rešitve za bolečine v mišicah, sklepih, hrbtenici, kolenih... Ljubljana Jasno in glasno – ABO grafika.*

A black and white portrait of a woman with short dark hair, smiling. The image is partially obscured by a blue geometric pattern on the right side.

Hilda Rezar,

mag. zdr. nege je zaposlena v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor od leta 1994. Srednjo zdravstveno šolo je obiskovala v Celju v letih 1988 - 1992. Pripravnništvo za poklic tehnik zdravstvene nege je opravila v Domu Danice Vogrinec v Mariboru leta 1994. Željna novih znanj, predvsem iz kirurškega področja, se je leta 1994 zaposlila na Oddelku za nevrokirurgijo, kjer je v dveh letih pridobila dragocene izkušnje s področja obravnave pacientov po nevrokirurških posegih.

Leta 1997 je pričela z delom na Oddelku za ortopedijo, kjer je ostala 21 let. V tem času je poleg službenih in družinskih obveznosti leta 2006 diplomirala s področja zdravstvene nege.

Po prevzemu odgovornosti vodenja zaposlenih na Oddelku za ortopedijo leta 2006, jo je želja po pridobivanju novih strokovnih znanj peljala na podiplomski študij zdravstvene nege, ki ga je uspešno zaključila leta 2014. Cilji, ki jim pri poklicnem delu sledi so kakovostna in strokovna obravnava pacientov, izboljšanje komunikacije in organizacije dela v zdravstveni negi in v multidisciplinarnem timu, odnosov v timu in s pacienti.

Pridobila je naziv mediator v zdravstvu.

V letu 2018 je sprejela izziv vodenja zdravstvene nege v UKC Maribor v nezavidljivi situaciji globalnega pomanjkanja medicinskih sester in v nenehnem boju za priznanje stroke zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu.

Je ponosna mati treh uspešnih študentov, ki ji kažejo pravo pot skozi življenje.

Kontinuirana obravnava bolečine

Hilda Rezar, mag. Maja Petre

Univerzitetni klinični center Maribor, Služba zdravstvene nege

Izvleček

V prispevku bomo predstavili smernice in usmeritve pomena kontinuiranega ocenjevanja in obvladovanja po operativne bolečine. Smernice kontinuiranega obvladovanja bolečine so pomoč zaposlenim v zdravstvu pri prepoznavi različnih oblik bolečine in posledično učinkovitega lajšanja bolečine. Aktivnosti, ki se izvajajo po ocenjevanju in obvladovanju bolečine imajo pozitiven učinek na rehabilitacijo pacienta po operativnem posegu in njegovo vrnitev v domače ali delovno okolje.

Ključne besede: *ocenjevanje bolečine, obvladovanje bolečine, znanje, smernice*

Uvod

V vsakodnevnem življenju se bolečini težko izognemo. Občutimo jo različno močno, vsi pa si želimo, da čimprej mine. Bolečina je odsev pacientove čustvene reakcije na zaznavo bolečinskega dražljaja (Rešetič, 2014). Izkušnja bolečine je kompleksna in je pri posamezniku pozitivna ali negativna ter največkrat čustveno neprijetna. Sama bolečina je v določenih primerih koristna, a hkrati nujna za preživetje posameznika. Brez čutenja bolečine bi bolezen ali poškodba ostala pri posamezniku prikrita. Akutna bolečina je definirana kot prisotna bolečina pri pacientih po operativnem posegu (American Society of Anesthesiologist [ASA], 2012), ki je lahko posledica operativnega posega ali nastane kot komplikacija, povezana s posegom. Mednarodna organizacija, ki proučuje bolečino - International Association for the study of pain, opredeljuje bolečino kot »neprijetno čutno in čustveno doživetje, povezano z dejansko ali potencialno okvaro tkiva, ali opisano z izrazi takšne poškodbe« (Ambrož, 2014). Bolečina je prav tako subjektivna izkušnja, na katero vplivajo osebnostni, kulturni in biološki dejavniki in je definirana kot peti vitalni znak, ter predstavlja pomemben zdravstveni problem (Jukić, et al., 2011). Za zmanjševanje možnosti nastanka in pojava bolečine so v svetu izdelane smernice, ki omogočajo dobro pripravo pacientov na posege in so zdravstvenim delavcem hkrati vodilo pri spremljanju in lajšanju bolečine. Lajšanje bolečine zahteva od zdravstvenih delavcev poglobljeno znanje o bolečini, o lajšanju bolečine

in kontinuiranem zdravljenju bolečine. Hkrati je pomembno, da pri lajšanju bolečine poznamo različne vrste bolečine, mehanizme nastanka bolečine in različne načine zdravljenja bolečine (Wu & Raja, 2011).

Delitev bolečine glede na mehanizem nastanka

Zdravstveni delavci se pri svojem delu pogosto srečuje s simptomi bolečine, ne glede na mesto ali mehanizem nastanka. Poznamo več vrst bolečine glede na mehanizem nastanka. Zdravstveni delavci morajo biti poučeni o različnih vrstah bolečine, njihovem prepoznavanju in možnostmi lajšanja.

NOCICEPTIVNA – vzdrževanje nociceptorjev, običajno zaradi okvare tkiva, ki je lahko somatska (dobro lokalizirana, ostra, utripajoča, goreča) ali visceralna (difuzna, glodajoča, ali se manifestira s krči). Vzrok za nastanek nociceptivne bolečine je najpogosteje vzdraženje perifernih nociceptorjev, ki se nahajajo v koži, mišicah in visceralnih organih (Ambrož, 2014).

NEVROPATSKA – okvara ali poškodba v perifernem ali centralnem živčnem sistemu, pri kateri je bolečina goreča, mravljinčasta, skeleča (Ambrož, 2014).

IDIOPATSKA – bolečina brez jasnega vzroka oz. Pretirana bolečina glede na obseg poškodbe. Nanjo pomislimo takrat ko za bolečino ne najdemo vzroka in jo ni mogoče opredeliti kot nociceptivno ali nevropatsko. Diagnostičen pomen ima delitev bolečine glede na mesto bolečine, saj je bolečina lahko prisotna drugje, kot na mestu posega ali poškodbe. Ta delitev vsebuje lokalno bolečino, preneseno bolečino in projicirano bolečino (Ambrož, 2014).

Kontinuirana obravnava bolečine

Kontinuirana obravnava bolečine po operativnih posegih predstavlja pomemben dejavnik v operativnem zdravljenju. Priprava pacienta na operativni poseg vključuje tudi zdravstveno vzgojno delo medicinske sestre o lajšanju bolečine pred, med in po operativnem posegu ter po odpustu v domačo oskrbo. Zelo pomembna je veščina komuniciranja zaposlenih v zdravstvu s pacientom saj z nezadostno komunikacijo pacientova bolečina postane neobvladljiva (McDonald, et al., 2007; ASA, 2012; Chou, et al., 2016).

Akutna pooperativna bolečina

Akutna pooperativna bolečina je posledica več dejavnikov. Poškodba tkiva vzdraži nociceptorje, nakar sledi faza vnetja, kjer se sprostijo algogeni ter jo spremljajo visceralne in nevropatske bolečine (Ambrož, 2014). Hkrati je bolečina lahko tudi posledica poškodbe

živcev med operativnim posegom. Bolečina med operativnim posegom je praviloma pričakovana in praviloma traja 7 dni, ki z zacelitvijo operativnih tkiv mine (Wu & Raja, 2011). Nezadostno lajšana pooperativna bolečina lahko podaljša rehabilitacijo in čas hospitalizacije, zviša stroške zdravljenja, poslabša zadovoljstvo pacientov in zviša možnost zapletov zdravljenja. Pri nezadostno lajšani bolečini pride do tahikardije, slabša se dihalna funkcija, nastanejo spremembe v krvnem tlaku, slabšega celjenja rane, kar lahko privede do novih zapletov v zdravljenju: pljučnica, tromboze, odpovedi različnih organskih sistemov. V primeru, da je akutna bolečina neprimerno lajšana daljše časovno obdobje lahko povzroči nastanek nevropatske bolečine (Chou et al., 2016).

Razprava

Za učinkovito lajšanje bolečine se priporoča uporaba smernic in protokolov, ki dajejo usmeritve zdravstvenim delavcem pri lajšanju bolečine in jih priporoča Ameriško združenje za bolečino (American Pain Society). Chou et al., (2016) so izdelali priporočila za učinkovito lajšanje bolečine, saj navajajo, da 80 % pacientov, ki imajo operativni poseg poroča o izkušnji pooperativne bolečine in 75 % teh ocenjuje izkušnjo bolečine kot hudo, zelo hudo ali zmerno. Raziskave dokazujejo, da več kot polovica pacientov, ki imajo operativni poseg poroča o nezadostnem lajšanju pooperativne bolečine (Apfelbaum, et al., 2003). Na razpolago je veliko aktivnosti in strategij lajšanja bolečine pred, med in po operativnem posegu.

Predoperativno izobraževanje in izdelava individualnega načrta lajšanja bolečine, osredotočena na posameznega pacienta, ima pozitiven učinek za pacienta. Dokazano je, da se z individualnim načrtovanjem lajšanja bolečine zmanjša poraba opioidov, pojavnost tesnobe in zahteve po zdravilih za pomirjanje ter skrajša ležalna doba po operativnem posegu (ASA, 2012; Chou, et al., 2016). Zelo pomembno je upoštevanje predhodnih izkušenj pacienta z bolečino s protibolečinskimi zdravili, s predhodnimi operativnimi posegi, alergijami na zdravila, kognitivnega statusa, komorbidnosti, potek zdravljenja in ciljev, ki jih ima pacient ob odločitvi za operativno zdravljenje. Hkrati je pri uporabi opioidnih zdravil po operativnem posegu pomembno upoštevati predhodno zlorabo benzodiazepinov, kokaina, alkohola in ostalih psihoaktivnih substanc, kar bi lahko vplivalo na uspešno lajšanje pooperativne bolečine (Chou, et al., 2016).

Medoperativno lajšanje bolečine zajema različne pristope, ki jih izvajajo anesteziologi: spinalna anestezija, lokalna anestezija, blokada živcev, lokalno infiltracijo anestetika v področje rane, intra pleuralna analgezija z lokalnimi anestetiki (Chou, et al., 2011).

Zagotavljanje optimalnega obvladovanja bolečine zahteva kontinuirano ocenjevanje ustreznosti lajšanja bolečine, zgodnje odkrivanje neželenih dogodkov in spremljanje napredka lajšanja bolečine. Zdravniki in medicinske sestre morajo imeti znanje o prilagajanju načrta

lajšanja bolečine za posameznega pacienta, kadar je bolečina lajšana neustrezno in z obravnavo preprečiti neželene učinke (nekateri pacienti lahko razvijejo depresijo dihanja, ki zahteva hitro zmanjšanje opioidov in sprejemanje drugih ukrepov) (ASA, 2012; Chou, et al, 2016).

Za oceno bolečine pri pacientih je potrebno uporabljati validirane vprašalnike in lestvice, ki so v pomoč pri sledenju odzivov na po operativno zdravljenje bolečine in prilagajanje načrtov na temelju ugotovitev. Ocena bolečine nam pomaga ugotoviti ali je zdravljenje bolečine primerno, ali so spremembe odmerka analgetika potrebne in učinkovite in ali v primeru težko obvladovane bolečine sprejeti nove ukrepe, če je le to potrebno, saj ocenjevanje bolečine temelji na subjektivni oceni posameznika. Posebna pozornost pri ocenjevanju bolečine je pomembna pri pacientih, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja niso sposobni objektivno oceniti bolečino (delirij, demenca, nezavest, koma). Hkrati moramo pri ocenjevanju bolečine poznati intervencije za učinkovito lajšanje bolečine, vedeti, kaj vpliva na učinkovito lajšanje bolečine, poznati tipe bolečine in ovire za uspešno lajšanje bolečine (kulturne, verske in jezikovne) (Chou, et al., 2016).

Pri ocenjevanju bolečine uporabljamo validirane lestvice: vizualno analogno lestvico, številčno in besedno lestvico, simbole, vendar moramo pri ocenjevanju biti pozorni na pacientovo obnašanje in vitalne znake (Ambrož, 2014). Ponovno ocenjevanje bolečine je odvisno od načina aplikacije zdravila. Pri aplikaciji zdravila v žilo ocenimo bolečino po 15 do 30 minutah, pri oralni terapiji pa 1 do 2 uri po aplikaciji. Ocenjevanje bolečine je odvisno tudi od tipa operacije, ustreznosti predpisane protibolečinske terapije, prisotnosti stranskih učinkov, prisotnosti komorbidnosti in spremembe v kliničnem statusu (ASA, 2012; Chou, et al., 2016).

Učinkovito kontinuirano lajšanje bolečine lahko predstavlja izziv, a hkrati zahteva multidisciplinarni pristop z aktivnim sodelovanjem pacienta. Le – ta se nadaljuje v odpust pacienta v domačo oskrbo, na kar ga zdravstveno osebje pripravlja tekom zdravljenja v bolnišnici. Za uspešno nadaljevanje lajšanja bolečine v domačem okolju mora pacient imeti informacije o tem, kako varno jemati predpisano terapijo, kakšni so možni stranski učinki, ki vplivajo na optimalno rehabilitacijo in vrnitvi k običajnim aktivnostim. Hkrati je pomembno, da so pacienti in njihovi svojci seznanjeni, da lahko ima uporaba drugih antidepresivov centralnega živčnega sistema, alkohola in prepovedanih drog, v kombinaciji z analgetiki, za posledico predoziranje ali celo smrt. V plan odpusta je potrebno vključiti načrt zmanjševanja uporabe analgetikov, glede na stopnjo bolečine in na stopnjo aktivnosti (Chou, et al., 2016).

Zaključek

Kontinuirano lajšanje bolečine zajema pred, med in pooperativno lajšanje bolečine. Prepoznavanje, ocenjevanje in lajšanje bolečine zahteva od zdravstvenih delavcev znanja o načinu ter mestu nastanka bolečine, glede na trajanje bolečine, načinih ocenjevanja in merjenja

bolečine ter načinih lajšanja bolečine. Multidisciplinarni pristop h kontinuiranem lajšanju bolečine z izdelanimi smernicami, protokoli in algoritmi pripomore h zmanjšanju uporabi analgetikov, zmanjša odklone v lajšanju bolečine ter poveča zadovoljstvo pacientov, ki se hitreje vrnejo k vsakodnevnim aktivnostim. Kontinuirano izobraževanje zaposlenih v zdravstvu lahko izboljša učinkovitost upravljanja z bolečino, s ciljem izdelati standarde upravljanja bolečine za posamezne posege. Pomen izdelave protokolov in smernic za lajšanje pooperativne bolečine na posameznih področjih je v varnem in učinkovitem lajšanju bolečine za posamezne posege, ki so obvezujoči za zaposlene na posameznem oddelku. Hkrati je priporočljivo, da je na razpolago za konzultacijo specialist za lajšanje pooperativne bolečine za paciente, pri katerih ni učinkovito lajšanje bolečine (toleranca na opioide, znana zloraba analgetikov).

Literatura:

- Ambrož, M., 2014. Zdravljenje pooperativne bolečine po popolni artroplastiki kolena in kolka na oddelku za ortopedijo v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor: magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo.
- American Society of Anesthesiologist [ASA], 2012. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: An updated report by the American Society of Anesthesiologists task force on acute pain management. *Anesthesiology*, 116(2), pp. 248-273.
- Apfelbaum, J. L., Chen, C., Mehta S. S. & Gan, T. J., 2003. Postoperative pain experience: results from national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and analgesia*, 97(2), pp. 534-540.
- Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., et al., 2016. Management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the american pain society, the american society of regional anesthesia and pain medicine, and the american society of anesthesiologists' commite on regional anesthesia, excutive commite, and administrative council. *The Journal of Pain*, 17(2), pp. 131-157.
- Jukić, M., Majerič, K. & Fingler, M., 2011. Bol – uzorci i lječenje. Zagreb: Medicinska naklada, pp. 1-4.
- McDonald, D. D., LaPorta, M. & Meadows – Oliver, M., 2007. Nurse's response to pain communication from patient: a post – test experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), pp. 29-35.
- Rešetič, J., 2014. Kako smo učinkoviti pri lajšanju akutne bolečine pacientov v Splošni bolnišnici Novo mesto. In: Bahun, M. ed. 7. Dnevi Angele Boškin: Preverjanje učinkovitosti korakov C in A kroga kakovosti, 21. november 2014, Kranjska Gora, Jesenice: Splošna Bolnišnica Jesenice, pp.78-90.
- Wu, C. L. & Raja S. N., 2011. Treatment of acute postoperative pain. *Lancet* 377(9784), pp. 2215-2225.



Danijela Pušnik

se je leta 1987, po končanem študiju na takrat Višji zdravstveni šoli Univerze v Ljubljani, zaposlila na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin v Splošni bolnišnici Maribor kot višja medicinska sestra. Po petih letih se je z bogatimi izkušnjami, pridobljenimi na tem oddelku, poskusila z vodenjem kot glavna medicinska sestra Oddelka za ginekologijo. Leta 2000 je postala glavna medicinska sestra Službe za ginekologijo in perinatologijo. Na tej kliniki je do oktobra 2019 opravljala aktivnosti strokovne vodje zdravstvene nege klinike, trenutno pa je zaposlena kot svetovalka v zdravstveni negi za kakovost.

Na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru sodeluje v procesu izobraževanja bodočih sodelavcev kot strokovna sodelavka za področje zdravstvene nege, na Fakulteti za zdravstvene in socialne vede v Slovenj Gradcu pa je predavateljica za področje zdravstvene nege.

V želji po novih znanjih je študijsko pot nadaljevala in se leta 2000 vpisala na študij po merilih za prehode na Visoki zdravstveni šoli v Mariboru, kjer je diplomirala in pridobila naziv diplomirana medicinska sestra. Leta 2007 se je na isti fakulteti vpisala na podiplomski študij in pridobila naziv magistrica zdravstvene nege. Leta 2008 je uspešno zaključila izobraževanje po EOQ harmonizirani shemi (EOQ Quality Systems Manager) pri Slovenskem združenju za kakovost in odličnost in pridobila naziv Manager sistemov kakovosti.

Je aktivna članica v upravnem odboru DMSBZT Maribor in Sekcije medicinskih sester v managementu. Tri mandate je bila tudi članica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji. Je pobudnica projekta »Poznam svoje dojke«, s katerim prostovoljno že vrsto leto izobražujejo ženske v širši regiji o pomenu samopregledovanja dojk. V svojem prostem času pridobiva znanja na različnih tečajih s področja celostne obravnave človeka in se uči uravnavanja življenja po zakonitostih narave in kozmosa.

Obravnava akutne bolečine po ginekoloških operativnih posegih ter vloga zdravstvene nege

Danijela Pušnik, Majlinda Morina Šaćiri, Katja Volmajer, Ivica Cizerl, Petra Šmigoc,

Univerzitetni klinični center Maribor, Služba zdravstvene nege, Klinika za ginekologijo in perinatologijo

Izvleček

Uvod: Akutna pooperativna bolečina nastane zaradi poškodbe tkiva z operativnim posegom. Potrebno jo je lajšati in zdraviti, najbolje z multimodalnim pristopom z vključevanjem farmakoloških in nefarmakoloških intervencij. Za ustrezno obravnavo bolečine mora sodelovati multidisciplinarni tim. Medicinske sestre potrebujejo ustrezna znanja. Namen raziskave je bil ugotoviti, kako medicinske sestre v enoti intenzivne nege obravnavajo bolečino pri pacientkah po operativnih posegih. Cilj raziskave je bil ugotoviti, ali je analgezija po operativnih posegih zadovoljiva glede na oceno bolečine.

Metode: Za izvedbo raziskave je bila uporabljena kvantitativna neeksperimentalna opisna metoda s prospektivnim zbiranjem podatkov iz medicinske dokumentacije. Pregledanih je bilo 100 temperaturno terapevtskih listov intenzivne nege pri pacientkah, ki so bile po operaciji hospitalizirane v enoti intenzivne nege do prvega pooperativnega dne. Iskani podatki so bili prejem analgetika v op sobi pred premestitvijo v enoto intenzivne nege, število in višina ocenjene bolečine do naslednjega dne, število in ime apliciranih analgetikov.

Rezultati: Bolečina je bila izmerjena ob prihodu iz op bloka pri 85 % pacientk. Povprečna ocena bolečine ob sprejemu je bila 3,3 na 10-stopenjski lestvici. 80 % pacientk je prejelo analgetik takoj ob sprejemu. Po dveh urah je bila povprečna ocena bolečine 2. Izmerjena je bila pri 83 % pacientk. Prvi pooperativni dan je bila povprečna ocena bolečine 1,1. 83 % pacientk je prejelo 1-2 odmerka natrijevega metamizolata, 79 % jih je prejelo 1-4 odmerke paracetamola, 57 % pacientk je prejelo 1-2 odmerka piritramida, 13 pacientk je prejelo 1-2 odmerka natrijevega diklofenakata/orfenadrinijevega citrata. Analgetike so prejeli v intravenski obliki. 4 pacientke (po laparotomiji) so prejemale predpisano analgetično mešanico po epiduralnem katetru.

Razprava in zaključek: Pacientke so v enoti intenzivne nege imele zadovoljivo obravnavo bolečine z analgetičnimi sredstvi, bi pa bilo potrebno povečati delež ocenitev bolečine na vse pacientke. Potrebna je še dopolnitev in dokumentiranje nefarmakoloških intervencij.

Ključne besede: akutna pooperativna bolečina, merjenje bolečine, analgezija, zdravstvena nega

Uvod

Pooperativna bolečina je akutna bolečina, ki nastane zaradi poškodbe tkiva z operativnim posegom. Je na splošno predvidljiva in časovno omejena. Je skupek več senzoričnih, čustvenih in duševnih izkušenj s kirurškim posegom in je povezana z avtonomnimi, metaboličnimi, fiziološkimi in vedenjskimi odzivi posameznika (Gupta, et al., 2010). Približno 230 milijonov ljudi na svetu je operiranih vsak dan. Kirurški poseg pogosto povzroča pooperativno bolečino, ki jo je potrebno čim hitreje in čim uspešneje zmanjšati ali odpraviti, saj s tem ugodno vplivamo na proces zdravljenja in hitro rehabilitacijo ter vrnitev v socialno okolje (Pogatzki-Zahn, et al., 2017). Že v času okrevanja vpliva pooperativna bolečina na motnje spanja, gibanja in pojav tesnobe (Beyaz, et al., 2011). Kljub znanstvenim dokazom o pomenu pravočasne in uspešne analgezije v pooperativnem obdobju mnogi bolniki trpijo zaradi hudih bolečin po operaciji. Med 10 % do 50 % operiranih pacientov zaradi neustrezne pooperativne analgezije razvije kronično bolečino ali pa čutijo močno bolečino še do 6 mesecev po operaciji (Meissner, et al., 2018). Obvladovanje pooperativne bolečine kot petega vitalnega znaka (Drake & Williams, 2017) zahteva dobro usposobljeno multidisciplinarno osebje in vključenost pacientov v proces obravnave (Meissner, et al., 2018).

Na učinkovito pooperativno vodenje bolečine vplivajo številni dejavniki: izobraženost osebja, ki skrbi za paciente z bolečino, izobraženost pacientov in upoštevanje smernic za obravnavo bolečine: ocenjevanje bolečine z uporabo več orodij, uravnotežena analgezija in prepoznavanje dejavnikov pri pacientih. Dokazano je, da kadičce boli bolj kot nekadičce, moške boli bolj kot ženske, paciente z nevrotičnimi obolenji boli bolj kot druge (Szanto & Heaman, 1972; Parbrook, et al., 1973 cited in Gupta, et al., 2010). Tudi drugi dejavniki, kot so kulturni vidik nekega okolja, čustva in psihološko ali duhovno neugodje, lahko prispevajo k pojavu močnejše izražene akutne bolečine. Pri starejših pacientih je lahko ocena bolečine zahtevna zaradi kognitivnih motenj in senzorično-zaznavnih pomanjkljivosti. Zato je pomembno, da spremljamo bolečino od sprejema pacienta v bolnišnico in jo obravnavamo načrtno po procesni metodi dela (Weine, 2016).

Danes poznamo več načinov in metod lajšanja pooperativne bolečine, najpogosteje se uporablja koncept t. i. multimodalne analgezije. Princip te metode je uravnotežena kombinacija različnih analgetikov z ali brez opioidnimi zdravili. Dokazano je, da je okrevanje ob taki analgeziji hitrejše in z manj stranskimi pojavi, ki jih pogosta uporaba opiatov povzroča (Pogatzki-Zahn, et al., 2017).

Čeprav je obvladovanje bolečine sestavni in pomembni del zdravstvene nege, študije kažejo, da oskrba pooperativne bolečine v zdravstveni negi ostaja nezadostna zaradi pre-

malo kompleksnega znanja o obvladovanju bolečine. Medicinske sestre so odgovorne, da obravnavajo pacienta z bolečino po procesni metodi dela: ugotavljajo prisotnost bolečine, načrtujejo aktivnosti, uporabo farmakoloških in/ali nefarmakoloških metod, spremljajo rezultat, usposabljaajo pacienta in družino ter dokumentirajo. Le celostni pristop je učinkovit v obvladovanju bolečine.

Namen in cilji

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako medicinske sestre obravnavajo bolečino pri pacientkah po operativnih posegih v enoti intenzivne nege. Cilj raziskave je bil ugotoviti, ali je analgezija po operativnih posegih zadovoljiva glede na oceno bolečine.

Postavili smo naslednja raziskovalna vprašanja:

R1: Kolikšen delež pacientk ima izmerjeno bolečino takoj ob prihodu iz op v enoto intenzivne nege (EIN)?

R2: Ali je analgezija ustrezna glede na oceno bolečine?

R3: Kako pogosto merimo bolečino pri pacientkah v EIN?

Metode

Za izvedbo raziskave smo uporabili kvantitativno neeksperimentalno opisno metodo s prospektivnim zbiranjem podatkov iz medicinske dokumentacije.

Opis instrumenta

Za pridobivanje podatkov smo uporabili intenzivni temperaturno terapevtski list (TTL), od koder smo v zbirni obrazec vnašali podatke o vrsti operativnega posega, ocene bolečine takoj ob prihodu v enoto intenzivne nege (EIN) ter nadaljnje dokumentirane meritve bolečine do naslednjega dne. Prav tako smo dokumentirali, ali je pacientka prejela analgetik še v op dvorani pred premestitvijo v EIN, takoj ob sprejemu v EIN in vse nadaljnje aplikacije terapije. Od demografskih podatkov smo vnesli še starost operirank.

Opis vzorca

V raziskavo smo vključili TTL intenzivne nege pri pacientkah po operativnem posegu, ki so bile vsaj en dan hospitalizirane v enoti intenzivne nege in pri katerih je bil nastavljen intenzivni TTL. Povprečna starost operirank v raziskavi je bila 51 let, najmlajša je bila stara 21 let, najstarejša pa 79 let. Pri 13 pacientkah je bila izvedena laparotomija, pri 64 laparoskop-

ska operacija, pri 2 pacientkah op poseg na dojki in pri 21 pacientkah vaginalni operativni poseg. Pri vseh pacientkah je šlo za večji op poseg, saj so bile vsaj do naslednjega dne hospitalizirane v EIN.

Opis poteka raziskave

Po odobritvi raziskave Komisije za medicinsko etična vprašanja v UKC MB smo v mesecu juliju pregledali dokumentacijo operiranih pacientk v obdobju od januarja do februarja 2018. Podatke o hospitalizaciji v EIN smo dobili iz evidence v EIN. 100 pacientk je imelo nastavljen intenzivni TTL. Podatke smo obdelali s pomočjo programa Microsoft Excel in vrtilne tabele.

Rezultati

Tabela 1: Podatki o oceni bolečine in analgeziji v enoti intenzivne nege v prvih 2 urah po vrsti operativnega posega

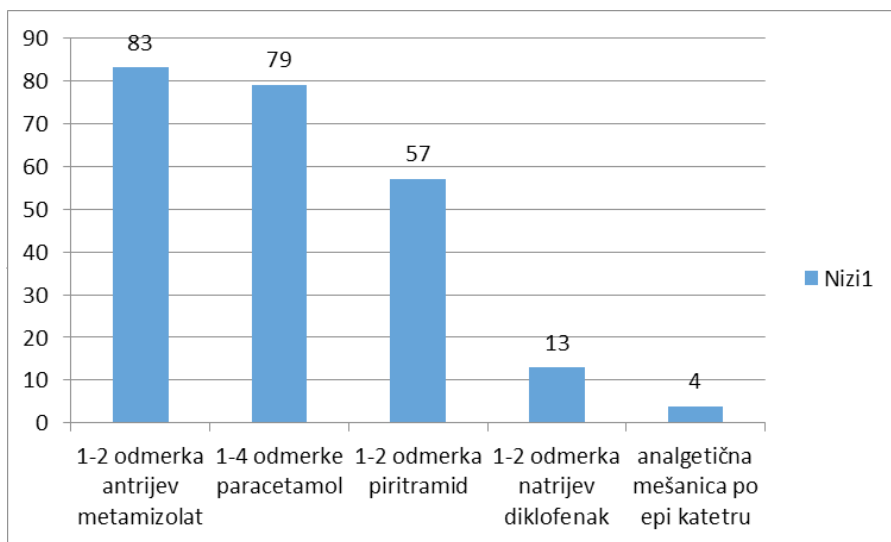
Ocena bolečine in analgetik po vrsti op posega	n	Analgetik med op da/ne n	Ocena po VAS ob sprejemu analgetik da/analgetik ne ($\bar{x}$)	Ni ocene bolečine ob sprejemu n	Analgetik ob sprejemu v EIN da/ne n	Ocena po VAS čez 2 uri analgetik da/analgetik ne ($\bar{x}$)	Ni ocene bolečine po 2 urah n
Laparotomija	13	10/3	3,8/1,6	1	9/4	3/2,5	5
Laparoskopska op	64	45/19	3,3/4	10	53/11	2/1	10
Vaginalni op poseg	21	11/10	2,8/1,9	4	16/5	1,8/2,3	4
Operacije dojke	2	0/2	-/4,5	/	2/0	1,5/-	/
skupaj	100	66/34	3,3/3	15	80/20	2/1,9	17

Legenda: VAS – vizualno analogna skala za oceno bolečine; EIN – enota intenzivne nege; n – število; $\bar{x}$ – povprečje

Iz tabele 1 je razvidno, da je 66 (66 %) pacientk prejelo prvo dozo analgetika že med operativnim posegom, oziroma pred premestitvijo iz operacijske sobe v EIN. Povprečna ocena bolečine po VAS na 10-stopenjski lestvici je pri teh pacientkah bila ($\bar{x}$ =3,3), najvišja ($\bar{x}$ =3,8) je bila izmerjena pri pacientkah po laparotomijskih posegih. Pri 34 pacientkah (34 %), ki niso prejele analgetika pred prihodom v EIN je znašala ocena bolečine povprečno

($\bar{x}$ =3), najbolj je bolelo pacientki po operaciji dojka, in sicer sta ocenili bolečino povprečno s ($\bar{x}$ =4,4) na VAS lestvici. Več kot 5 je na VAS lestvici ocenilo bolečino 30 pacientk (30 %), vendar se število ni razlikovalo glede na predhodno prejet analgetik med operativnim posegom. Pri 15 pacientkah (15 %) ni bilo zabeleženih ocen bolečine ob sprejemu. Analgetik je ob sprejemu v EIN prejelo 80 pacientk (80 %), 19 (19 %) jih je analgetik prejelo kasneje, le 1 pacientka (1 %) postoperativno v intenzivni negi ni prejela nobenega analgetika, saj je bila vas čas hospitalizacije brez bolečine.

Med vsemi pacientkami, ne glede na to, ali so prejele protibolečinsko terapijo takoj po posegu ali ne, smo bolečino ponovno ocenili (v obdobju od ene do dveh ur po posegu) pri 81-ih pacientkah (81 %). Povprečna ocena je bila ($\bar{x}$ =2) pri pacientkah s prejetim analgetikom in ($\bar{x}$ =1,9) pri pacientkah brez analgetične terapije takoj ob sprejemu. Pri 67 pacientkah od 80-ih, ki so prejele analgetik takoj po posegu, smo bolečino ocenili. Po 6 – 8 urah smo ponovno oceno bolečine izvedli pri 84 pacientkah. Povprečna ocena bolečine je bila ($\bar{x}$ =1,4).



Slika 1: aplicirani analgetiki po učinkovini, v odmerkih na število pacientk v EIN do 1. pooperativnega dne

Povprečna ocena bolečine 1. pooperativni dan zjutraj je znašala ($\bar{x}$ =1,1) po VAS lestvici. Ocenili in zabeležili smo jo pri 98 pacientkah. Najvišja ocena po VAS je bila 4, tako so jo ocenile 3 pacientke, s 3 jih je bolečino ocenilo 14, z 2 jih je bolečino ocenilo 20, z 1 pa 14 pacientk. Kar 47 pacientk bolečin ni navajalo, ocena je znašala po VAS 0.

Bolečino smo v povprečju ocenili od prihoda pacientke v intenzivno nego do 1. pooperativnega dne jutraj (do 8. ure) 7-krat.

Razprava

Ocena bolečine je pomemben korak za zagotavljanje vodenja in nadzora bolečine. Pomankanje ocene bolečine je po dokazih ena največjih ovir za doseganje dobre kontrole bolečine. Bolnišnice in oddelki morajo imeti opredeljene parametre ocenjevanja. Smernice priporočajo oceno bolečine ob sprejemu v bolnišnico oziroma pred operativnim posegom v primeru lajšanja akutne bolečine, kjer ugotavljamo zgodovino bolečine: pojavi bolečine, vpliv bolečine na pacienta, vsakodnevne aktivnosti, odnose, delo; kako je pacient nadziral bolečino, odnos pacienta do uporabe opiatov, anksiolitikov; pacientovo znanje in pričakovanja (Cox, 2017; Wells, et al., 2008). Za oceno bolečine obstajajo različna orodja, in sicer vizualno analogna lestvica, numerična lestvica, lestvice z risbicami za paciente s kognitivnimi motnjami, lestvice za paciente z demenco itd. Medicinska sestra naj izbere lestvico, ki je primerna starosti ter fizičnemu, čustvenemu in kognitivnemu statusu pacienta (Wells, et al., 2008). Iz raziskave je razvidno, da so medicinske sestre za oceno bolečine uporabljale vizualno analogno skalo.

Spremljanje bolečine je v času hospitalizacije oziroma zdravljenja drugi pomembnejši korak, s katerim zagotavljamo kontrolo bolečine. Za to potrebujemo individualizirane načrte vodenja bolečine za vsakega pacienta posebej. Pacient tako sam ali/in z našo pomočjo določi sprejemljivi prag bolečine, ki ga s pravočasno in pravo analgezijo ne bomo presegli (Wells, et al., 2008).

Zdravljenje bolečine ne pomeni, da bo pacient popolnoma brez bolečine – akutne ali kronične. Obstaja več načel zdravljenja z analgetiki, s ciljem preprečevati zmerno do hudo bolečino, ki so nastala na podlagi dokazov in dobre klinične prakse: urnik analgezije, titriranje odmerkov opioidov, upoštevanje spremembe intenzivnosti bolečine in spreminjanje analgezije, individualni pristop, ocena bolečine po i. v. analgeziji po 15 - 30 minutah in pri peroralni aplikaciji analgetika po 45 - 60 minutah (Wells, et al., 2008). Medicinske sestre lahko za lajšanje bolečin uporabijo nefarmakološke tehnike, zagotavljajo strokovno svetovanje, izobraževanje in usposabljanje pacientov ter svojcev (Cox, 2017). Med nefarmakološke tehnike spadajo poleg medicinskih in fizikalnih tudi komplementarne in alternativne oblike lajšanja bolečin (sprostitvene tehnike, glasba, masaža, joga in druge oblike), ki jih izvajajo različni strokovnjaki. Pomembno je, da jih medicinska sestra pozna in pacientu svetuje, o tem pa pred uporabo spregovori z zdravnikom. Z raziskavo smo ugotovili, da pacientkam v EIN od premestitve iz operacijske dvorane pa do 1. pooperativnega dne pogosto beležimo

oceno bolečine, povprečno jo izmerimo 7 krat. Ocenjevanje bolečine je pomembna aktivnost v procesu zagotavljanja brezbolečinskega stanja v pooperativnem obdobju, saj analgezija temelji prav na oceni bolečine. Tudi v EIN so pacientke prejemale kombinacijo več analgetikov, najpogosteje Analgin, Dipidolor in Paracetamol. Dipidolorja - narkotika niso prejele vse pacientke. Samo 8 pacientk je prejelo eno vrsto analgetika, nimamo pa podatka, ali je bilo predpisanih več analgetikov. Te pacientke so bile brez bolečine ali pa je bila ocena največ 2 na VAS lestvici. Če bi preračunali vse analgetike, lahko rečemo, da količina le teh na posamezno pacientko ni majhna, kar potrjuje dejstvo, da je potrebno lajšati bolečino z analgetiki. Prvi pooperativni dan zjutraj nobena pacientka ni ocenila bolečine z več kot 4, skoraj polovica pacientk (47 %) pa je bila brez bolečine. Ta podatek pove, da imajo pacientke zagotovljeno dobro analgezijo. V EIN velja pravilo, da vse pacientke vstanejo po posegu še isti dan, razen v primerih, ko to ni izvedljivo iz različnih zdravstvenih razlogov. Tudi iz tega stališča je potrebno zagotoviti, da pacientke ob prvem vstajanju ne boli oziroma je bolečina minimalna. Vsaka nadaljnja aktivnost temelji na izkustvu bolečine ob vstajanju. Do 8 ure 1. pooperativnega dne so pacientke vstale najmanj 1 krat in so že sodelovale pri jutranji negi ob umivalniku. Dokazano je, da kadar pacienta močno boli v mirovanju in ob gibanju na dan operativnega posega, ga bo statistično značilno bolj bolelo tudi 1. in 2. pooperativni dan ter v nadaljnji rehabilitaciji (Eriksson, 2017).

Zaključek

Raziskava temelji na podatkih iz temperaturno terapevtskih listov EIN. Proučena je bila prisotnost in lajšanje bolečine v EIN prvih 24 ur po operaciji. Čeprav je izkušnja z bolečino v prvih urah po operaciji pomembna za nadaljnji potek zdravljenja, ne vemo, kako so pacientke občutile in ocenjevale bolečino do zaključka hospitalizacije.

Smernice priporočajo poleg farmakološkega načina lajšanja bolečine tudi uporabo vsaj ene nefarmakološke metode (Chou, et al., 2017; The Joint Commission, 2018). V raziskavi med ginekološkimi operirankami je bilo ugotovljeno, da so ob poslušanju glasbe in sprostitveni tehniki potrebovale manj analgetikov kot druge. Glede na priporočila o vključevanju nefarmakoloških metod lajšanja bolečin, bi lahko pripravili tudi nabor teh aktivnosti po nasvetu zdravnikov ginekologov: npr. ledene obloge, glasba. Razbremenilni položaj izvajamo že sedaj, vendar ga kot protibolečinske metode ne dokumentiramo.

Glede na pomen spremljanja bolečine bi bilo dobro pripraviti ustrezen načrt izvajanja aktivnosti za lajšanje bolečine, kjer bi lahko individualno načrtovali in dokumentirali tudi nefarmakološke aktivnosti. Raziskavo bi morali izvesti s pregledom TTL in dokumentacije zdravstvene nege. Dobra praksa s stališča kakovosti in varnosti nam nalaga celovito obravnavo bolečine.

Literatura:

- Beyaz, S. G., Bayar, F. & Erdem, A.F., 2011. Acute Postoperative Pain. *Journal of Anesthesia & Clinical Research*, 4, p. e286.
- Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S. & Brennan, T., 2016. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *Journal of pain*, 17(2), pp. 131-157.
- Cox, F., 2017. Nursing contribution to pain management. *PainEurope*. Available at: <http://www.paineurope.com/articles/nursing-contribution-to-pain-management> [3. 9. 2017].
- Eriksson, K., 2017. Postoperative pain assessment and impact of pain on early physical recovery, from the patients' perspective: doctoral thesis. Jönköping: Jönköping University, School of Health and Welfare, pp. 39 – 47. Available at: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1087979/FULLTEXT01.pdf> [16. 6. 2018].
- Gupta, A., Kaur, K., Sharma, S., Goyal, S., Arora, S. & Murthy, R. S. R., 2010. Clinical aspects of acute post-operative pain management & its assessment. *Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research*, 1(2), pp. 97-108.
- Drake, G. & Williams, A. C. de C., 2017. Nursing Education Interventions for Managing Acute Pain in Hospital Settings: A Systematic Review of Clinical Outcomes and Teaching Methods. *Pain Management Nursing*, 18(1), pp. 3 – 15.
- The Joint Commission, 2018. Pain assessment and management standards for critical access hospitals. Requirement, Rationale, Reference, 15, Available at: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/R3_15_Pain_Assess_Mgmt_CAH_6.22_18_FINAL.pdf [6. 9. 2018].
- Meissner, W., Huygen, F., Neugebauer, E. A. M., Osterbrink, J., Benhamou, D. & Betteridge, N., 2018. Management of acute pain in the postoperative setting: the importance of quality indicators. *Current medical research and opinion*, 34(1), pp. 187-196.
- Pogatzki-Zahn, E. M., Segelcke, D. & Schug, S. A., 2017. Postoperative pain—from mechanisms to treatment. *PAIN reports*, 2(2), p. e588.
- Wells, N., Pasero, C. & McCaffery, M. 2008. *Improving the Quality of Care Through Pain Assessment and Management*. In: Hughes, R.G. ed. *Patient Safety and Quality*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Weine, G., 2016. Acute pain. *NursesLab* Available at: <https://nurseslabs.com/acute-pain/> [16. 6. 2018].



Jernej Mori

se je kot tehnik zdravstvene nege zaposlil v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor, na Oddelku za intenzivno interno medicino. Že kot mladostnik je svoje delo opravljal z zadovoljstvom in velikim zanimanjem.

Po petih letih službovanja je nadaljeval s šolanjem na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, smer Zdravstvena nega, kjer se je vpisal tudi na magistrski študij zdravstvena nega, smer Urgentna stanja. Trenutno čaka na zagovor magistrskega dela.

Delo na Oddelku za intenzivno interno medicino ga veseli in mu predstavlja velik izziv. Nenehna radovednost pri delu mu omogoča, da odkriva in razvija nova področja, ob tem pa strokovno in osebnostno raste.

Hvaležen je svoji družini, ki ga vseskozi podpira in mu je v oporo.

Meni, da imajo zaposleni v zdravstveni negi veliko znanja in neprecenljivih izkušenj, ki jih je potrebno širili in izmenjevati med posameznimi okolji in ravnmi ter verjame, da z znanjem in sodelovanjem lahko prispevamo k razvoju stroke in njeni prepoznavnosti.

Spremljanje bolečine v enoti intenzivne terapije

Jernej Mori

Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za intenzivno interno medicino

Izvleček

Bolečina je stanje, ko oseba doživlja in izraža močno neugodje in neprijetne občutke. Pri bolnikih, ki so posredno in neposredno življenjsko ogroženi ter potrebujejo skrben nadzor življenjskih funkcij, je bolečina pogost in neprijeten simptom. Večina bolnikov v enoti intenzivne terapije je sediranih, ima vstavljeno umetno dihalno pot in so v stanju zmanjšane stopnje zavesti. Bolečina se pri bolnikih v enoti intenzivne terapije težje spremlja in zdravi, saj bolnik zaradi zdravstvenega stanja ne mora verbalno izraziti bolečine. Dokazano je, da bolečina neugodno vpliva na potek zdravljenja, zato znanje medicinske sestre o bolečini občutno vpliva na kakovost obravnave bolnika v enoti intenzivne terapije. Medicinska sestra mora znati bolečino prepoznati, oceniti njeno stopnjo ter jo pravilno dokumentirati, kar pa pri bolniku, ki se ne more verbalno izražati, ni preprosto in je odvisno od njenega znanja, izkušenj ter sposobnosti dobrega opazovanja. Za oceno bolečine pri bolnikih, ki ne morejo verbalno izraziti bolečine, se uporabljajo drugačna orodja kot pri govorečih in sodelujočih bolnikih. V večini primerov lahko uporabimo vedenjsko lestvico za določanje bolečine (behavioral pain scale - BPS) ter lestvico za oceno bolečine pri kritično bolnih pacientih (Critical care pain observation tool - CPOT). Neverbalne lestvice za merjenje bolečine so se v enotah intenzivne terapije izkazale kot dobro in natančno orodje, čeprav imajo tudi te svoje omejitve. Bolečino moramo znati tudi pravilno dokumentirati, kajti šele tako lahko ugotovimo, koliko smo bili uspešni pri njenem prepoznavanju in obvladovanju. Cilj medicinske sestre pri spremljanju bolečine pri bolniku v enoti intenzivne terapije je zmanjšana ali odpravljena bolečina.

Ključne besede: bolečina, bolnik, medicinska sestra, enota intenzivne terapije

Uvod

Bolečina je pri kritično bolnih pogost in neprijeten simptom. Zaradi zdravstvenega stanja bolniki v enoti intenzivne terapije težje izrazijo bolečino in nelagodje, kar lahko pomeni, da bolečina pogosto ni prepoznana in posledično ni zdravljena. Na stopnjo bolečine razen

osnovne bolezni vpliva tudi prisilna lega v postelji ter drugi medicinski in negovalni posegi, ki se izvajajo med zdravljenjem (Park & Kim, 2014). Bolečina splošno velja za peti vitalni znak in v večini organskih sistemov sproži nešteto fizioloških sprememb. Močna bolečina povzroči stresni odziv in simpatično-adrenergično stimulacijo, ki povzroča tahikardijo, hipertenzijo, povečano porabo kisika v miokardu in pri dovezetih bolnikih lahko povzroči miokardno ishemijo. Bolečine, še zlasti pri sediranih bolnikih, se lahko kažejo kot vznemirjenost in delirij. Če je bolečina slabo vodena, lahko imajo bolniki psihološke posledice, kot so posttravmatska stresna motnja, depresija in tesnoba, bolečina pa lahko napreduje tudi v kronično obliko. Škodljivi učinki bolečine na organizem vključujejo sindrom sistemskega vnetnega odziva, hiperglikemijo, oslABLJENO celjenje ran in povečan katabolizem. Vsi ti škodljivi učinki lahko privedejo do daljšega zdravljenja v enoti intenzivne terapije, lahko pa vplivajo tudi na večjo smrtnost (Narayanan, et al., 2016). Iz raziskav je razvidno, da je 40 - 77,4 % bolnikov, ki so se zdravili v enoti intenzivne terapije imelo neprijetno izkušnjo z bolečino (Deldar, et al., 2018). Idealna metoda ocenjevanja bolečine je bolnikova lastna ocena stopnje bolečine. Vendar obstajajo določene populacije bolnikov, zlasti v enotah intenzivne terapije, ki ne morejo podati verbalne ocene o bolečini, s katero bi potrdili prisotnost bolečine. Pri bolnikih, ki se zdravijo z mehansko ventilacijo in tistih, ki prejemajo sedative in imajo zmanjšano stopnjo zavesti, je mogoče domnevati, da doživljajo manj bolečine, saj je ne izrazijo. Pa vendar različne študije kažejo, da bolniki, ki zaradi kritične bolezni ali nezavesti ne morejo izraziti svoje bolečine še vedno zaznavajo bolečino (Lovin, 2017). V enoti intenzivne terapije ima ključno vlogo pri vodenju bolečine medicinska sestra. Pomanjkanje znanja in usposabljanja glede ocene in obvladovanja bolečine lahko medicinskim sestram pri delu predstavlja veliko oviro. Uporaba veljavnih in zanesljivih orodij za oceno bolečine pri bolnikih, ki ne morejo komunicirati vpliva na kakovost ustreznega zdravljenja bolečine (Hamdan, 2019).

Namen prispevka je pregledati literaturo in predstaviti pomen spremljanja bolečine v enotah intenzivne terapije. Cilj prispevka je prikazati pomembnost ocenjevanja in dokumentiranja bolečine in poudariti vlogo medicinske sestre pri spremljanju bolečine v enotah intenzivne terapije.

Ocenjevanje bolečine

Prvi korak pri spremljanju bolečine v enoti intenzivne terapije je ocena bolečine. Sistematično ocenjevanje bolečine je potrebno za zagotovitev učinkovitega obvladovanja bolečine in natančno dokumentiranje. Kljub razpoložljivosti priporočil, smernic in veljavnih orodij za oceno bolečine dejansko izvajanje v klinični praksi ni skladno (Haslam, et al., 2011).

V enoti intenzivne terapije se ocenjuje bolečina:

- ob sprejemu bolnika,
- v rednih presledkih na 4 ure,
- 45 - 90 minut po oralni aplikaciji analgetika,
- 15 - 30 minut po parenteralni aplikaciji analgetika,
- po potrebi, kadar ocenimo možnost bolečine pri bolniku (Gordon, et al., 2008).

Za oceno bolečine pri bolnikih, ki ne morejo verbalno izraziti bolečine, medicinska sestra uporablja drugačna orodja kot pri govorečih in sodelujočih bolnikih. V večini primerov lahko uporabimo vedenjsko lestvico za določanje bolečine (behavioral pain scale - BPS) ter lestvico za oceno bolečine pri kritično bolnih bolnikih (Critical care pain observation tool - CPOT) (Narayanan, et al., 2016).

Lestvica BPS je bila razvita posebej za populacijo bolnikov, ki so sedirani in mehansko ventilirani. Z uporabo te lestvice pridobimo oceno bolečine iz treh kategorij: izraz obraza, gibanje zgornjih okončin in skladnost bolnika z ventilatorjem. Vsaki kategoriji se lahko dodeli ocena od ena do štiri. Bolnikovo stanje se točkuje od 1 do 4 v vsakem delu, ki daje skupno oceno od 3 (brez bolečin) do 12 (največja bolečina). Navedene so specifikacije glede dejanj pri bolniku, ki ustrezajo vsaki številčni vrednosti znotraj kategorije. BPS pri sediranih bolnikih velja za preizkušeno zanesljiv in veljaven instrument za oceno bolečine (Al Darwis, et al., 2016).

Lestvica CPOT zagotavlja oceno bolečine od nič do osem po sistemu štirih kategorij. Vključene kategorije, ki se ocenjujejo so: izraz obraza, gibanje telesa, mišična napetost in skladnost z ventilatorjem, če je bolnik intubiran, ali vokalizacija, če bolnik ni intubiran. Vsako kategorijo lahko vrednotimo z rezultatom od 0 do 2 točki. Za vsako numerično vrednost v kategorijah so podane posebne definicije za spodbujanje objektivnosti pri vrednotenju. Pri CPOT lestvici skupni rezultat 0 pomeni, da bolnik nima bolečin, 8 pa predstavlja največjo možno bolečino (Al Darwis, et al., 2016).

Dokumentiranje bolečine

Dokumentacija zdravstvene nege za spremljanje bolečine v enotah intenzivne terapije je po navadi sestavljena iz majhnih okvirjev in ozkih vrstic, v katere vpisujemo oceno bolečine pri bolniku. Največkrat medicinska sestra s težavo zabeleži oceno in intervencijo v preglednice, saj nima na voljo dovolj prostora. Spremljanje bolečine postane še bolj zahtevno opravilo, če medicinska sestra ne more natančno opisati in dokumentirati svojih ocen v negovalno ali zdravstveno dokumentacijo (Haslam, et al., 2011). Neskladna in nedosledna dokumentacija je lahko dejavnik za neustrezno zdravljenje bolečine. Dokumentiranje bo-

lečine je pogoj za vrednotenje kakovostne in primerne oskrbe bolnika in je odraz kakovosti v zdravstveni negi. Če pri bolniku ocenimo bolečino in jo nepravilno dokumentiramo, to pomeni, da bolnik ne bo deležen primerne zdravljene bolečine. Dokumentacija pri spremljanju bolečine v intenzivni enoti bi morala vsebovati čas ocene bolečine, stopnjo izmerjene bolečine, čas aplikacije analgetične terapije, ponovno oceno bolečine po aplikaciji analgetika v pravilnem časovnem zamiku, možne stranske učinke analgetika ter inicialke medicinske sestre (Amendano, 2018).

Razprava

Spremljanje bolečine v enoti intenzivne terapije je za medicinsko sestro izjemno zahtevno in odgovorno. Bolnik zaradi zdravstvenega stanja sam ni zmožen podati ocene bolečine, zato mora medicinska sestra poznati različna orodja za ocenjevanje bolečine pri bolniku, ki ne more komunicirati. Od znanja medicinske sestre je odvisno, ali bo bolnik deležen primerne zdravljene bolečine ali ne (Haslam, et al., 2011).

Bolečina je velika težava pri kritično bolnih bolnikih in je opredeljena kot eden izmed bolj stresnih dogodkov pri zdravljenju v enotah intenzivne terapije (Williams & Craig, 2016).

Kritično bolni, ki se zdravijo v enotah intenzivne terapije so izpostavljeni večjemu tveganju za bolečino in imajo prisotne bolečine tudi v mirovanju. Če bolečine ne zdravimo ustrezno, se pri teh bolnikih lahko poveča možnost za nastanek kronične bolečine in posttravmatske stresne motnje. Pri bolnik lahko tesnoba, delirij in pomanjkanje spanja povečajo občutljivost za bolečino in tako še poslabšajo zdravstveno stanje bolnika (Shaikh, et al., 2018).

Različne raziskave so dokazale, da lahko določeno vedenje bolnikov, kot so mimika obraza in gibi telesa, potrdijo prisotnost bolečine pri bolnikih v enoti intenzivne terapije. Izkazalo se je, da so samo vitalni znaki slabi kazalniki bolečine, čeprav moramo akutne spremembe upoštevati in pomisliti na prisotnost bolečine. Mednarodne smernice priporočajo oceno bolečine z vedenjskimi parametri, kadar kritično bolni bolniki ne morejo verbalno poročati o svoji stopnji bolečine. Dve najpogostejše priporočeni orodji za oceno bolečine v enotah intenzivne terapije sta vedenjska lestvica bolečine (BPS) in lestvica za oceno bolečine pri kritično bolnih bolnikih (CPOT). Obe sta pokazali dobro veljavnost in zanesljivost v mednarodnih študijah pri bolnikih v enoti intenzivne terapije (Chamorro, 2016).

Sistematičen postopek zdravljenja in ocenjevanja bolečine je povezan z manjšo pojavnostjo bolečine, uporabo analgetikov, trajanjem mehanske ventilacije in dolžino bivanja kritično bolnih bolnikov v enoti intenzivne terapije (Payen, et al., 2009).

Raziskave so pokazale, da je pomanjkanje znanja med medicinskimi sestrami ena glavnih ovir za ustrezno oceno in kakovostno vodenje bolečine v enotah intenzivne terapije. Prav

tako je neustrezna ocena bolečine in nepravilno dokumentiranje posledica pomanjkanja znanja o bolečini v zdravstveni negi (Alaloul, et al., 2015).

Zaključek

Medicinska sestra ima v enotah intenzivne terapije ključno vlogo pri ocenjevanju, vodenju in dokumentiranju bolečine. Bolniki v enoti intenzivne terapije so najpogostejše sedirani in neodzivni, vendar to ne pomeni, da ne čutijo bolečine. Za učinkovito spremljanje in vodenje bolečine v enotah intenzivne terapije je nujno potrebno kakovostno ocenjevanje in dokumentiranje bolečine v zdravstveni negi. Zato imajo medicinske sestre moralno, etično in strokovno odgovornost, da se zavzemajo za ustrezno vodenje bolečine pri svojih bolnikih. Medicinske sestre so pri svojem delu dolžne uporabljati najsodobnejša znanja, ter tehnike spremljanja bolečine, na voljo morajo imeti primerno dokumentacijo ter podporo zdravstvenih ustanov, v katerih so zaposlene.

Literatura:

- Al Darwis, Z. Q., Hamdi, R. & Fallatah, S., 2016. Evaluation of Pain Assessment Tools in Patients Receiving Mechanical Ventilatio. *Advanced Critical Care*, 27(2), pp. 162-172.
- Alaloul, F. et al., 2015. Impact of a Script-based Communication Intervention on Patient Satisfaction with Pain Management. *Pain management nursing*, 16(3), pp. 321-7.
- Amendano, L., 2018. Improving Pain Management Knowledge Among Nurses. *Medical & Clinical Research*, 3(7), pp. 1-7.
- Chamorro, C., 2016. Pain in the ICU – The fifth sign, not the fifth element. *Medicina intensiva*, 40(8), pp. 461-462 .
- Deldar, K., Froutan, R. & Ebadi, A., 2018. Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: a qualitative study. *BMC Nursing*, pp. 1-8.
- Gordon, D. et al., 2008. Improving reassessment and documentation of pain management. *Joint Commisson journal on quality and patient safety*, 34(9), pp. 509-17.
- Hamdan, K., 2019. Nurses' Assessment Practices of Pain Among Critically Ill Patients. *Pain management nursing*, 24, pp. 1-8.
- Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L. & Rose, L., 2011. Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. *Journal of advanced nursing*, 68(5), pp. 1-8.
- Lovin, R., 2017. Study of Nurses' Attitudes and Practices towards Pain Evaluation in Nonverbal Patients. *Montview Liberty University Journal of Undergraduate Research*, 3(1), pp. 1-33.
- Narayanan, M., Venkataraju, A. & Jennings, J., 2016. *BJA Education. Analgesia in intensive care: part 1*, 16(2), pp. 72-78.
- Park, J. & Kim, J., 2014. Assessment and Treatment of Pain in Adult Intensive Care Unit Patients. *The Korean Journal of Critical Care Medicine*, 29(3), pp. 147-159.
- Payen, J. et al., 2009. Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: a post Hoc analysis of the DOLOREA study. *Anesthesiology*, 111(6), pp. 1308-16.
- Shaikh, N. et al., 2018. Acute Pain Management in Intensive Care Patients: Facts and Figures. [Online] Available at: <https://www.intechopen.com/books/pain-management-in-special-circumstances/acute-pain-management-in-intensive-care-patients-facts-and-figures> [30. 10. 2019].
- Williams, A. & Craig, K., 2016. Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), pp. 2420-2423.



Dunja Gornjak

Dunja Gornjak je svojo poklicno pot začela leta 1996 v takratni Splošni bolnišnici Maribor, kot zdravstveni tehnik pripravnik na Oddelku za travmatologijo. Po opravljenem pripravništvu se je leta 1997 zaposlila na Oddelku za otorinolaringologijo, cervikalno in maksilofacialno kirurgijo. Izobraževanje je po nekaj letih delovnih izkušenj ob delu nadaljevala na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru in si pridobila naziv diplomirana medicinska sestra.

Želja po novih znanjih jo je vzpodbudila, da je opravila podiplomski tečaj »Bolnišnične higiene« v Ljubljani. Redno sodeluje pri Slovenski nacionalni presečni raziskavi bolnišničnih okužb. Opravljen ima tudi tečaj iz Hladne verige, na temo »Zagotavljanje varnega cepljenja, kakovosti cepiv, hladne verige pri transportu in shranjevanju cepiva in dobre skladiščne prakse«.

V letu 2012 je postala pomočnica strokovne vodje Oddelka za otorinolaringologijo, cervikalno in maksilofacialno kirurgijo, to funkcijo opravlja še danes.

Od leta 2012 je članica izvršnega odbora pri Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v otorinolaringologiji pri Zbornici - Zvezi. Redno aktivno sodeluje na različnih strokovnih srečanjih, prav tako na učnih delavnicah s strokovnega področja otorinolaringologije.

V letu 2018 je postala članica upravnega odbora Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor.



Andreja Trdin

se je po končanem študiju na Višji šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani leta 1989 zaposlila na Oddelku za internistično intenzivno medicino takratne Splošne bolnišnice Maribor.

Po opravljenem pripravništvu se je leta 1990 zaposlila na Oddelku za bolezni ušes, nosu in grla.

Leta 2006 je nadaljevala s študijem zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, kjer je diplomirala leta 2007.

Dela in naloge pomočnice glavne medicinske sestre Oddelka za otorinolaringologijo, cervikalno in maksilofacialno kirurgijo je prevzela v letu 2008, kjer je 2012 postala strokovna vodja oddelka. V letu 2019 oddelek pridobi status Klinike za otorinolaringologijo in maksilofacialno kirurgijo.

Je aktivna članica izvršnega odbora Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v otorinolaringologiji pri Zbornici - Zvezi od njene ustanovitve, leta 2010. V letu 2019 postane podpredsednica strokovne sekcije.

Aktivno sodeluje pri strokovnih izobraževanjih ter učnih delavnicah s strokovnega področja otorinolaringologije. Je avtorica oddelčnih standardov aktivnosti zdravstvene nege.

Kot članica delovne skupine za bolečino v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor aktivno sodeluje pri strokovnih izobraževanjih na tem področju.

Prepoznavanje in ocena bolečine pri pacientu s traheostomo

Dunja Gornjak, Andreja Trdin

Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za otorinolaringologijo cervikalno in maksilofacialno kirurgijo

Izvleček

Bolečina je vsesplošna, univerzalna človekova izkušnja. Je raznovrstna in zapletena. Bolečina, ki jo posameznik občuti, ni odvisna samo od telesnih občutkov, pač pa jo sooblikujejo ustrezni kulturni in socialni dejavniki. Prizadene vse vidike našega življenja. Obravnava bolečine pri posamezniku, kot subjektivne izkušnje, predstavlja izhodišče pri ocenjevanju njegovih potreb po zdravstveni negi, načrtovanju zdravstvenih intervencij in aktivnosti zdravstvene nege, postavitvi ciljev, njihovi izvedbi, vrednotenju in dokumentiranju. Komunikacija je pomemben dejavnik pri ocenjevanju bolečine, vendar je pri bolnikih s traheostomo okrnjena. Za komunikacijo s pacientom, ki ima traheostomo potrebujemo več časa in veliko mero strpnosti.

Ključne besede: bolečina, bolnik, traheostoma, komunikacija

Uvod

Bolečina je osebna, individualna in kompleksna človekova izkušnja. Običajno je prvi signal, da je z zdravjem nekaj narobe in močno vpliva na posameznikovo počutje in kakovost življenja (Špalir Kujavec & Trdin, 2018). Osnove za vodenje in obravnavo bolečine so odvisne predvsem od pacientovega pojmovanja bolečine in njegove osebne razlage bolečine in njegovih preteklih izkušenj z njo. Posameznikova izkušnja z bolečino ni izolirana, ampak je intimna, osebna in povezana z njim, kot s celoto.

Medicinske sestre imamo pomembno in kompleksno vlogo pri lajšanju bolečine ter preprečevanju njenega nastanka. Z bolečino prihajamo v stik pri svojem vsakdanjem delu s pacienti. Medicinske sestre ponavadi prve opazimo pacientovo bolečino, zato je pomembno znanje za ocenjevanje, obvladovanje in zmanjševanje bolečine. Od tega zavisí, kako se na zaznano bolečino pri pacientu odzovemo. Kadar delamo s pacientom, mu moramo dati vedeti, da mu verjamemo, ga razumemo in mu želimo pomagati po svojih

najboljših močeh. Medicinska sestra je ob pacientu največ časa, stalno z njim komunicira in mu je tudi v psihično podporo. S takim odnosom si pridobimo pacientovo zaupanje in nadaljnje sodelovanje (Peternel, 2011).

Cilj našega delovanja je doseči, da pacient ne bo trpel zaradi bolečin. Za dosego tega cilja pa potrebujemo znanje o tem, kaj je bolečina, kakšne vrste bolečin poznamo, kaj vpliva na bolečinske zaznave in kako bolečino zdravimo (Špalir Kujavec & Trdin, 2018).

Nezmožnost govora je za traheotomiranega pacienta zelo močna negativna izkušnja. Medicinska sestra mora pacientu vedno dati znak, da je njegove neizrečene besede pravilno razumela, s tem si namreč pri pacientu pridobi zaupanje. Pacienti s traheostomo so velikokrat bolj zahtevni, bolj nepotrpežljivi, jezni, saj jim je z odvzetjem verbalne komunikacije odvzeta vsa avtonomija. Vse to pogosto vodi v frustracije in socialno izoliranost (Peternel, 2011).

Opredelitev in razvrstitev bolečine

Bolečino lahko razvrščamo po različnih merilih. Najpomembnejša je razdelitev po času trajanja bolečine - ločimo akutno in kronično bolečino. Akutna bolečina je neposreden biološki odgovor na bolezen, vnetje ali poškodbo tkiva in običajno traja manj kot en mesec. Lahko je stalna ali občasna. Zaradi nje smo zaskrbljeni in v čustveni stiski. Vzrok za akutno bolečino je največkrat znan in ga lahko odpravimo. Tako tudi bolečina mine. Kronična bolečina traja več kot tri mesece, tudi potem, ko vzrok zanjo ni več prisoten. Kljub temu, da se je poškodovano tkivo že zacelilo, bolečina še traja ali je celo močnejša. Prav tako kot akutna bolečina je lahko stalno prisotna ali se pojavi občasno. Spremljajo jo nespečnost, utrujenost, depresija ali celo izguba telesne teže zaradi slabšega apetita. V primerjavi z akutno je zdravljenje kronične bolečine težje, ker je slabše odzivna na zdravila za zdravljenje. Glede na okvarjeno tkivo razvrščamo bolečino na somatogeno – o njej govorimo, kadar je vzrok za bolečino poškodba organov in nevropatično bolečino, ki je posledica poškodbe ali okvare v samem živčnem sistemu. Tako bolečino pogosto opišemo kot žgočo, ostro ali zbadajočo. Na bolečem mestu so lahko prisotni mravljinčenje, ščemenje, pretirana občutljivost ali otopelost. Psihogeni bolečina je prisotna, ko je doživljanje bolečine resnično, ne najdemo pa pravega organskega vzroka zanjo. Psihogeni dejavniki, ki močno vplivajo na doživljanje bolečine so predvsem strah, zaskrbljenost, žalost, depresija, jeza in zaničanje bolezni. Pogosto se različne vrste bolečine pojavljajo sočasno, takrat govorimo o mešani bolečini. Tako lahko ima bolnik z rakom nevropatično bolečino po zdravljenju raka in somatogeno bolečino zaradi pritiska tumorja na steno votlega organa. Poleg tega izraža psihogeno bolečino, ki je posledica prizadetosti zaradi zmanjšane fizične zmogljivosti in strahu, da je rak napredoval (Lahajnar Čavlovič, 2012).

Vloga medicinske sestre pri prepoznavanju in oceni bolečine

Vloga medicinske sestre pri lajšanju bolečine je zelo pomembna in kompleksna. Medicinska sestra je ob pacientu največ časa, stalno z njim komunicira in mu je tudi v psihično podporo. Ker je bolečina individualna izkušnja posameznika, zahteva individualni pristop. Najbolj uspešno zdravljenje bolečine je kombinacija nefarmakoloških metod in farmakoloških sredstev. Pravočasno aplicirati zdravilo, preden postane bolečina hujša ali neznosna, je zelo pomembno za optimalno lajšanje bolečine. Medicinska sestra je pacientov zagovornik, s čimer pripomore k boljšemu interdisciplinarnemu pristopu (Špalir Kujevec & Trdin, 2018).

Proces zdravstvene nege

Pojav bolečine je za zdravstveno nego zelo pomemben. Obravnava bolečine kot pacientove subjektivne izkušnje predstavlja izhodišče pri ocenjevanju pacientovih potreb po zdravstveni negi, načrtovanju intervencij zdravstvene nege za doseg ciljev, izvedbo, vrednotenje in dokumentiranje načrtovanih postopkov. Celoten proces obravnave bolečine lahko izrazimo z angleško kratico SOAPIE, ki predstavlja ključne besede, ki v slovenskem jeziku pomenijo subjektivno, ocenjevanje, načrtovanje, evalvacija (Burrow, 2016).

Ugotavljanje potreb po zdravstveni negi

Medicinska sestra ugotavlja specifične potrebe in možnosti za pacienta v smislu lajšanja bolečine. Odnos med medicinsko sestro in pacientom se razvija prek komuniciranja. Že ob sprejemu pacienta medicinska sestra zbira informacije o njegovem doživljanju bolečine, mestu, karakterju, začetku, intenziteti, kvaliteti in o premagovanju bolečine. Podatke lahko pridobiva tudi od svojcev ali iz predhodne negovalne ali medicinske dokumentacije. Ugotovljene potrebe dokumentira v sprejemno dokumentacijo ter na obrazec "Načrt zdravstvene nege". Bolečino dokumentira na temperaturno - terapevtski list. Za oceno bolečine uporablja VAS lestvico. S pomočjo ugotovljenih in ocenjenih pacientovih problemov postavi negovalne diagnoze.

Načrtovanje intervencij zdravstvene nege

Pomemben del načrtovanja je odločitev, kako bo medicinska sestra izvedla zdravstveno nego. Odločitev je težka, ker se bolečinsko stanje pacienta spreminja. V načrt zdravstvene nege vpiše cilje za omilitev bolečine, načrtovane negovalne intervencije in pričakovane rezultate. S timskim pristopom so cilji zastavljeni realnejše, pri delu se upošteva mnenje in izkušnje vseh članov tima. Pojav bolečine ima izrazito neugoden vpliv na razpoloženje pacienta, izvajanje dnevnih aktivnosti in spanje.

Izvajanje zdravstvene nege

Lajšanje bolečine izvajamo v skladu s postavljenim načrtom zdravstvene nege. Izvajanje je vezano na čas, na pripomočke in kader. Medicinska sestra se mora zavedati, da ne sme odlašati z izvedbo predpisanih medicinskih posegov in načrtovanih postopkov v zvezi z bolečino, saj lahko nezdravljena bolečina vodi do motenj nekaterih življenjskih funkcij. Pri izvajanju lajšanja bolečine mora medicinska sestra znati kritično presoјati.

Vrednotenje zdravstvene nege

Zaključuje krog izvedenih negovalnih intervencij. Kakovost neprekinjenega in končnega vrednotenja in dosežki odpravljene bolečine so odvisni od tega, kako so bile opravljene prve tri faze procesa zdravstvene nege. Če ni evalvacije, ne moremo ugotoviti, kje je v procesu dela je prišlo do odstopanj.

Dokumentiranje zdravstvene nege

Z dokumentiranjem medicinska sestra sledi izidom zdravstvene obravnave. Dokumentiranje je pomembno komunikacijsko orodje, ki prikazuje pisni zapis delovanja medicinske sestre ob pacientovi postelji in omogoča oceno njenega dela (Špalir Kujevec & Trdin, 2018).

Komunikacija s traheotomiranim pacientom

Za medicinsko sestro, ki pacienta celostno obravnava je znanje komuniciranja pomembno. Posvet med medicinsko sestro in pacientom predstavlja temelj reševanja vseh zdravstvenih težav. Obliko sporazumevanja, ki jo uporabljamo v določeni situaciji zberemo na podlagi pacientovega stanja razumevanja in načina komunikacije, katerega pacient najbolj razume (Horvat, 2016).

Raziskave so pokazale, da so besede v komunikaciji še najmanj pomembne, saj je glas vsaj petkrat pomembnejši za sporazumevanje kot besede. Z glasom besedam vdahnemo čustva in razpoloženje. Z glasom lahko popolnoma spremenimo pomen istih besed. Opa-zovanje sogovornika, uživanje v njegovo čustveno stanje, prizadevanje do drugačnosti pa nam po drugi strani zagotavlja lahkotno prilagajanje. Neverbalna komunikacija je izredno raznolika vrsta komunikacije, pri kateri ne uporabljamo besed, govora, temveč slike, logose, govorico telesa in drugo (Makuc, 2012).

Pri pacientih, ki niso zmožni verbalno izražati svojih želja, mora medicinska sestra uporabljati primerne tehnike neverbalne komunikacije. Pacient, ki ne more govoriti je posledično nezmožen opisati občutek bolečine in tesnobe, zato je v tem primeru izrednega pomena

neverbalna komunikacija. Iz pacientove telesne govorice, mimike obraza, z očesnim stikom poskušamo razumeti, kaj nam želi pacient povedati. Pove nam lahko tudi tako, da želeno napiše. Vprašanja naj bodo zastavljena tako, da lahko pacient na njih odgovori z da ali ne, oziroma prikima ali odkima (Anderle, 2004).

Zelo pomemben nebesedni način komuniciranja je dotik. Dotik ima na pacienta pozitiven vpliv, ker ima občutek, da ni osamljen, da je nekdo ob njem in da je zanj poskrbljeno. Vendar pa se moramo zavedati, da je za nekoga dotik lahko moteč, zato ga moramo uporabljati z namenom in taktno. Komunikacija je velikokrat ovirana zaradi močnih bolečin, splošne oslabelosti in utrujenosti, posebej pri onkoloških bolnikih. Stisko, s katero se pacienti srečujejo, prenašajo skozi tesnobo, paniko, jezo, nespečnost in stres. Raziskave so pokazale, da je slaba komunikacija med medicinsko sestro in pacientom eden od glavnih duševnih težav, s katerimi se pacienti srečujejo. Učinkovita komunikacija mora biti del kakovostne zdravstvene nege. Ustrezno sporazumevanje lahko prispeva k okrevanju kritično bolnega pacienta, neučinkovita komunikacija pa ima negativni učinek in lahko zavira ustrezno zdravljenje pacienta ter pomembno zmanjša kakovost njegovega življenja in življenja njegovih bližnjih. O ustreznem načinu neverbalne komunikacije po operativnem posegu, ko bo pacient imel vstavljeno traheostomsko kanilo, se lahko medicinska sestra že prej pogovori s pacientom in z njegovo družino. S pacientom naj sodeluje celotni zdravstveni in negovalni tim in naj se trudi razumeti, kaj sam pacient želi sporočiti. Če pacient nosi očala ali slušni aparat, moramo pri komunikaciji z njim na to biti pozorni ter poskrbeti, da ga to ne ovira in bo branje, pisanje, poslušanje ali slušno spremljanje dogajanja omogočeno (Makuc, 2012).

Kadar medicinska sestra razume pacientovo sporočilo, je komunikacija nedvoumna in skupna, pacient pa je aktivno vključen v komunikacijski proces. Medicinska sestra kaže empatičen odnos do pacienta, prisotni sta potrpežljivost in umirjenost. Do razočaranja pa lahko pride, kadar si je zaradi različnih dejavnikov težko razlagati pacientovo sporočilo (Hvala, 2019).

Prepoznavanje in ocena bolečine na Kliniki za otorinolaringologijo, cervikalno in maksilofacialno kirurgijo UKC Maribor

Akutna pooperativna bolečina nastane zaradi kirurške poškodbe tkiva. Je pričakovana in običajno z ozdravitvijo operativnih tkiv mine. Zato lahko pooperativno bolečino uspešno zdravimo. Dobro vodeno analgetično zdravljenje je razen etičnih razlogov pomembno zato, ker prispeva k ugodnejšemu pooperativnemu poteku brez zapletov, omogoča hitrejšo okrevanje pacienta in zgodnejšo rehabilitacijo (Božić, 2014).

Medicinska sestra je ob pacientu stalno prisotna in je prva, ki opazi problem oziroma bolečino, zato jo mora znati prepoznati in oceniti. Ocenjevanje bolečine je proces, ki se prične že med negovalno anamnezo ob sprejemu v bolnišnico. Obravnava pacienta s pooperativno bolečino je interdisciplinarna. Ker je občutenje bolečine povsem individualna in subjektivna izkušnja, je osnovna metoda ocenjevanja bolečine besedna in nebesedna komunikacija s pacientom. Ocenjevanje bolečine temelji na pacientovi samooceni, kar predstavlja zlati standard v merjenju bolečine (Svilenković, 2009).

Na doživljanje bolečine vplivajo različni dejavniki: starost, spol, kulturno okolje, razumevanje bolečine, pozornost na bolečino, zaskrbljenost, utrujenost, predhodne izkušnje in notranja kontrola. Traheotomirani bolniki spadajo v kritično skupino bolnikov, ki ne morejo oziroma težje izražajo oceno in stopnjo bolečine. V to skupino sodijo tudi otroci, starostniki, bolniki s kognitivnimi motnjami, sedirani in intubirani bolniki (Makuc, 2012).

Ocenjevanje bolečine mora potekati v rednih časovnih presledkih po začetku zdravljenja bolečine, pri vsakem novem poročanju o bolečini, v primernih presledkih po farmakološki in nefarmakološki intervenciji (Lahajnar Čavlovič, 2012).

Oceno bolečine ocenjujemo po korakih:

A – ask: redno sprašuj po bolečini, ocenjuj bolečino sistematično,

B – believe: verjemi bolniku,

C – choose: izberi ustrezno metodo lajšanja bolečine glede na posebnosti bolnika in okoliščine,

D – deliver: ukrepi naj bodo pravočasni, logični in koordinirani,

E – empower: spodbudite bolnika, da sam nadzira spreminjanje bolečine (Svilenković, 2009).

Najpogostejši znaki, ki jih opazimo pri pacientu, ki ima bolečine in ne more verbalno podati ocene in stopnje bolečine so: sprememba vitalnih znakov, blede in potna koža, razširjene zenice, slabost, pačenje, zmrdovanje, mrk pogled, stiskanje oči in ustnic, gubanje čela, solzenje, pojavi se povečana potreba po kisiku, motorični nemir, vzdrževanje določene lege telesa (Svilenković, 2014).

Na Kliniki za otorinolaringologijo, cervikalno in maksilofacialno kirurgijo za ocenjevanje in merjenje bolečine uporabljamo vizualno analogno lestvico Visual analogue scale (VAS). Predstavlja jo ravna črta, ki je navadno dolga 10 centimetrov. Na eni strani je oznaka »ni bolečine«, na drugi pa »neznosna bolečina«. Prednosti te lestvice so, da je enostavna za uporabo, dokaj natančno meri bolečino, je primerna za periodično merjenje bolečine in je primerna za ocenjevanje uspešnosti lajšanja bolečine. Na naši kliniki ocenjujemo bolečino kot peti vitalni znak že 5 let.

Bolečino beležimo na temperaturno - terapevtski list v sobi za pooperativno zdravstveno nego. List je enodnevni, oblikovali smo ga sami, na njem je posebej označena rubrika za bolečino in sicer s kraticami VB poročanje in NVB poročanje, kar pomeni verbalno oziroma neverbalno poročanje stopnje bolečine. Za stopnjo bolečine pacienta v sobi pooperativne zdravstvene nege sprašujemo vsako uro. Kasneje na oddelku prav tako označujemo stopnjo bolečine po VAS lestvici, poročanje stopnje bolečine je lahko verbalno (govorna kanila) ali neverbalno (totalna laringektomija, trahealna kanila z mešičkom) in jo na temperaturno - terapevtski list označujemo z zeleno bravo. Na oddelku merimo stopnjo bolečine najmanj tri krat na dan. V primeru, da apliciramo analgetik parenteralno, ponovno merimo stopnjo bolečine čez 15 - 30 minut oziroma čez 60 minut po oralni aplikaciji analgetika.

Cilj lajšanja akutne pooperativne bolečine je zmanjšati občutek bolečine do take mere, da pacientu ne bo povzročala neugodja in je opredeljena z oceno do 3 po VAS lestvici. Pacient, ki svojo bolečino na lestvici opredeli s številom 4 ali višje, potrebuje sredstvo za lajšanje bolečine.

Razprava

Komunikacija s pacientom, ki ima vstavljeno trahealno kanilo, je zelo zahtevna. Vključuje veliko mero potrpežljivosti, znanja ter spretnosti, tako s strani medicinske sestre, pacienta in svojcev. Po večletnih delovnih izkušnjah lahko zagotovo trdimo, da so pacienti ocenili neverbalno komunikacijo kot težjo in dostikrat neuspešno, kar jim je povzročilo stiske, dodatne bolečine, strah in tesnobo. Težko jim je, ker niso mogli izražati svojih notranjih občutkov. Srečujemo se tudi s pacienti, ki ne znajo pisati ali pa so drugih narodnosti, takrat je komunikacija še težja.

Ocenjevanje pooperativne bolečine v rednih časovnih presledkih je za nadzor bolečine izrednega pomena. Omogoča nam, da z lajšanjem bolečine pričnemo še preden se ta razvije v polni meri. Pri pacientu se razvije občutek zaupanja, čuti, da mu verjamemo in mu želimo pomagati. Medicinska sestra mora pacientu, ki toži za bolečino vselej verjeti. Skupaj z njim ugotovi kaj ga boli, kako močna je bolečina in kje je izražena. Potrditev uspešnosti dela medicinske sestre je zadovoljen pacient in njegov nasmech.

Literatura:

Anderle, M., 2004. Spremljanje intubiranih pacientov in njihovih svojcev na Oddelku za intenzivno terapijo in nego v bolnišnici Golnik-Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo: diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, pp. 44-61.

Božić, J., 2014. Uspešnost preperečevanja in lajšanja pooperativne bolečine pri pacientih v Hrvaških bolnišnicah: magistrska naloga. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice. pp. 3-9.

- Burrow, G., 2016. *The Circles in Your Practice*. Available at: <https://essentialsofcorrectionalnursing.com/tag/soapie/> [22.10.2019]
- Carroll, S. M., 2004. Nonvocal ventilated patients' perceptions of being understood. *Western Journal of Nursing Research*, 26(1), pp. 85–103.
- Horvat, M., 2016. Pomen komunikacije med medicinsko sestro in pacientom s končno odpovedjo ledvic: magistrsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Maribor, pp. 14–18.
- Hvala, U., 2019. Komunikacija z zavestnim intubiranim pacientom v enoti intenzivnega zdravljenja: diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 2–15.
- Lahajnar Čavlovič, S., 2012. Zdravljenje bolečine pri raku. Ljubljana: Društvo onkoloških bolnikov Slovenije, pp. 13–15.
- Makuc, D., 2012. Pomen verbalne in neverbalne komunikacije v zdravstveni negi: diplomsko delo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 3–16.
- Peternel, K., 2011. Vloga medicinske sestre pri pacientu z bolečino: seminarska naloga. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 1–14. Available at: https://www.dmsbzt-gorenjske.si/images/dokumenti_pdf/STUDENTI/Vloga%20medicinske%20sestre%20pri%20pacientu%20z%20bolechino%20-%20Kim%20Peternel.pdf [17.11.2019].
- Svilenkovič, V., 2009. Ocenjevanje bolečine, kot element kakovosti oskrbe bolnika: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor, pp. 12–35.
- Svilenkovič, V., 2014. Spremljanje pacienta z akutno bolečino na kirurškem oddelku: In: Gričar, M. & Vajd, R., eds. 21. Mednarodni simpozij o urgentni medicini, Urgentna medicina, izbrana poglavja. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 263–266.
- Špalir Kujevec, B. & Trdin, A., 2018. Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta s kronično bolečino, prikaz primerov. In: Dobnik, M., et al., eds. Zdravstvena in babiška nega sodobnega časa. Mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, pp. 101–111.



Mag. Andreja Krajnc

je svojo poklicno pot začela kot patronažna medicinska sestra v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor. Skozi svojo poklicno pot si je nabirala strokovne izkušnje v neposredni praksi na terenu, kakor tudi v vodenju in organiziranju dejavnosti zdravstvene nege.

Svoja strokovna znanja je nadgrajevala s študijem organizacije in si pridobila znanstveni naziv magistrica organizacijskih znanosti iz področja socialnega managementa. Na svoji poklicni poti je ves čas ostala posebej naklonjena in trdno povezana s patronažno zdravstveno nego. Zadnja leta izvaja patronažno dejavnost na terenu kot koncesionarka.

Je habilitirana predavateljica za področje zdravstvene nege na Visoki zdravstveni šoli v Celju in nosilka predmeta Zdravstvena nega v patronažnem in dispanzerskem varstvu ter mentorica študentom pri diplomskih nalogah. Je aktivna članica Zbornice - Zveze in od leta 2017 predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti. Sodeluje v mnogih delovnih skupinah in pri projektih, ki na ravni države pomagajo pri razvoju stroke patronažne zdravstvene nege.

Družina - partner pri obravnavi posameznika v patronažnem varstvu

Mag. Andreja Krajnc

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti

Izvleček

Sodobna zdravstvena nega podpira odgovornost pacienta do samega sebe ter ga kot enakovrednega partnerja vključuje v aktivno sodelovanje pri zdravstveni negi, glede na njegove značilnosti in sposobnosti. Pri zagotavljanju zdravja in kakovosti življenja posameznika ima družina pomembno vlogo. Vsak posameznik (zdrav ali bolan) v družino nekaj prinaša, posledično pa se družina na ta njegov doprinos odziva. Kadar se posameznik spopada z različnimi stresnimi situacijami, nezdavimi vzorci vedenja in boleznijo, se posledično spremeni dinamika delovanja njegove družine in obratno. V prispevku želimo poudariti vlogo patronažnega varstva pri krepitvi aktivne vloge pacienta in njegove družine v procesu zdravstvene obravnave. Medicinske sestre v praksi pogosto posvečajo premalo pozornosti aktivni vlogi pacientovih svojcev in širšega družinskega okolja v procesu zdravstvene obravnave. Če želi medicinska sestra v patronažnem varstvu kakovostno in varno obravnavati posameznika v domačem okolju, ga mora obravnavati v sklopu njegove družine. Družina ima lahko na eni strani velik vpliv na ohranjanje in krepitev zdravja ter na drugi strani na nastanek in razvoj posameznikove bolezni. Kadar je zdravje posameznika že prizadeto, mora medicinska sestra vzpodbujati njegovo družino, da mu je v pomoč pri zmanjševanju posledic že izražene bolezni in mu pomaga do konca ohranjati čim višjo stopnjo samostojnosti.

Ključne besede: *obravnavna družine, patronažno varstvo, aktivna vloga pacienta, zdravstvena obravnavna na domu*

Uvod

Sodoben pogled na vlogo medicinske sestre in zdravstveno nego sega daleč v preteklost, v čas, ko so posamezne medicinske sestre razvijale in predstavljale svojo vizijo zdravstvene nege. Če bi naredili pregled definicij zdravstvene nege, bi ugotovili, da so se njene vloge in naloge skozi čas spreminjale in dopolnjevale. O pomenu aktivne vloge pacienta v zdravstve-

ni negi neposredno govori še danes aktualna definicija Virginije Henderson iz leta 1957, ki pravi: »Posebna vloga medicinske sestre je pomoč bolnemu ali zdravemu posamezniku pri opravljanju tistih dejavnosti, ki pripomorejo k boljšemu zdravju (ali mirni smrti) in ki bi jih leta opravil brez tuje pomoči, če bi imel za to dovolj moči, volje ali znanja. Medicinska sestra vse to opravlja tako, da posamezniku pomaga k čimprejšnji samostojnosti« (Henderson et al, 1998, pp.24). Bistvo sodobne zdravstvene nege, ki jo pomembno razlikuje od tradicionalne, je usmerjenost k pacientu kot celoviti osebnosti. Pacient je v središču dogajanja, njegova vloga je enakovredna in po svojih zmožnostih in sposobnostih pri zdravstveni negi sodeluje. Sodobna zdravstvena nega podpira odgovornost pacienta do samega sebe in spoštuje njegove odločitve, mnenja in želje (Hajdinjak & Meglič, 2012).

Kljub temu, da pomen aktivne vloge pacienta poudarja večina definicij zdravstvene nege, se zdi, da v zdravstveni negi še vedno prevladuje miselnost, da mora medicinska sestra »narediti nekaj za pacienta« (večkrat celo namesto njega) in ne »narediti nekaj skupaj s pacientom« (po možnosti skupaj z njegovo družino). V neposredni praksi zdravstvene nege je prepogosto zanemarjena miselnost, da je potrebno »naučiti pacienta in njegovo družino, da bodo tisto, kar znajo in zmorejo naredili sami« (Krajnc, 2017).

Medicinska sestra v patronažnem varstvu se pri preventivnih in kurativnih obravnavah posameznika v domačem okolju najpogosteje srečuje z bolniki s kroničnimi boleznimi. Njeno delovanje je usmerjeno v podporo k samoobvladovanju bolezni na tak način, da se bodo na podlagi ustrezno pridobljenih informacij bolniki in njihove družine sposobni aktivno vključiti v sprejemanje odločitev, povezanih z zdravjem.

V razvitem svetu kronične nenalezljive bolezni predstavljajo največje breme obolenosti, slabše kakovosti življenja, finančnih stroškov in umrljivosti (Petek Šter, 2012). Za paciente in njihove družine je zelo pomembno, da se ne glede na vrsto obolenja naučijo živeti z boleznijo. Če je le mogoče, je v obvladovanje bolezni potrebno vključiti celotno družino, ki lahko posamezniku pomaga, da lažje aktivno sodelujejo pri zdravljenju, nadzoru bolezni in preprečevanju zapletov .

V patronažnem varstvu je posebna skrb namenjena obravnavi družine, saj ima družina pomembno vlogo pri zagotavljanju in ohranjanju zdravja in kakovosti življenja posameznika in celotne družbe. Medicinska sestra v patronažni dejavnosti je v obstoječem zdravstvenem sistemu edini izvajalec zdravstvenega varstva, ki obravnava posamezne družinske člane v vseh življenjskih obdobjih in družino kot celoto v vseh razvojnih obdobjih, v njihovem domačem okolju. Družini pomaga pri ohranjanju in krepitvi zdravja, spopadanju z boleznijo,

invalidnostjo, različnimi stresnimi situacijami in nezdravimi vzorci življenja. Pri svojem delu se pogosto srečuje z družinami, ki imajo zdravstvene in/ali socialne probleme, ki negativno vplivajo na funkcioniranje družine. V reševanje te problematike se vključi s svetovanjem, koordiniranjem in z aktivnim sodelovanjem z ustreznimi strokovnjaki.

Družinska in sorodniška razmerja se skozi časovna obdobja spreminjajo in posledično se spreminja tudi vrsta in sestava skupnosti, ki jo sodobna družba pojmuje družina. Različni ljudje danes različno pojmujejo družino ter imajo različno predstavo o družinskem življenju. Meja med tem, kaj družina je in kaj ni, in odločitev, v kakšni družini bo posameznik živel, je njegova izbira, zato morajo biti v patronažnem varstvu, ne glede na ideološko prepričanje medicinske sestre vse družine obravnavane enako.

Družina se na svoji poti rasti in razvoja srečuje s številnimi zdravstvenimi težavami svojih članov. Mnogo težav se v družini pojavi prav zaradi motenj v družinskem delovanju, zato mora medicinska sestra v patronažnem varstvu posebno pozornost in pomoč namenjati ogroženim in potencialno ogroženim družinam. Za uspešno izpolnjevanje svojih nalog mora imeti ustrezno znanje za razumevanje življenjskega obdobja posamezne družine in sočasno razumevanje individualnega razvoja družinskega člana. Predvsem pa se mora ob načrtovanju podpore in pomoči družini zavedati, kakšen vpliv imajo družina in družinski procesi na potek bolezni posameznika in obratno, kakšen vpliv ima bolezen na funkcioniranje družine.

Posameznik kot aktivni partner v procesu zdravstvene obravnave

Pacient, ki potrebuje pomoč, ne sme biti samo pasivni udeleženec v procesu zdravstvene nege, ampak naj v tem procesu sodeluje, kolikor je največ možno, glede na to kaj zmore, sme in zna. Zato je prva naloga medicinske sestre, da oceni sposobnost in zmožnost pacienta in ga glede na oceno aktivno vključi v reševanje problemov, povezanih z zdravjem. Ta ocena je zahteven diagnostično miselni proces, premišljena intelektualna aktivnost medicinske sestre, ki zahteva veliko strokovnega znanja in izkušenj. Od točnosti presoje je odvisna pomoč pacientu, ki mora biti zelo natančno določena, ne sme je biti preveč in ne premalo. Oboje, preveč ali premalo pomoči, lahko privede do frustracij pri pacientu. Aktivno vključevanje pacienta v zdravstveno nego ne pomeni njegovega vključevanja za vsako ceno, temveč mora biti usklajeno z njegovim stanjem in sposobnostmi. Vloga medicinske sestre se glede na stanje in sposobnosti pacienta stalno spreminja in zahteva različne oblike pomoči, od spodbude, podpore, učenja do popolne oskrbe pacienta (Hajdinjak & Meglič, 2012).

Če pacient prevzame vlogo pasivnega prejemnika zdravstvene oskrbe in ga zdravstveni strokovnjaki pri tem spodbujajo, postane pacient odvisen od njih; zato ne bo mogel rasti in se razvijati kot avtonomno bitje. Rungapadiachy & Mesner (2003) navajata, da bi se strokovnjak, ki nudi zdravstveno oskrbo moral, če želi izboljšati kakovost svojega dela, osredotočiti na: *informiranje pacientov, spodbujanje njihove samostojnosti, spodbujanje okolja v katerem ima pacient dovolj podpore, spodbujanje individualnosti, spodbujanje samospoštovanja pacienta, krepitev lastnega samozavedanja in na doajemanje pacienta tudi onstran njegove vloge.*

Če ima pacient možnost izbire in sooblikovanja zdravljenja, deluje to nanj vzpodbudno. Občutek moči in upanja, ki ga sproži takšno sodelovanje, ugodno vpliva na njegovo pripravljenost samodiscipline ter na telesne procese v njegovem organizmu. Soočenje z boleznijo vsekakor teče postopoma. Najprej je tu spoznanje, da je nekaj narobe, na koncu je odločitev, da je potrebno na primer poiskati pomoč zdravnika. Med zaznavo, oceno in končno odločitvijo pa je vrsta podzavestnih obrambnih reakcij, ki lahko preprečijo pravilno odločitev (Rakovec - Felser, 2014). Kadar se medicinska sestra v domačem okolju sreča s posameznikom, ki se še ni odločil, da bi za svoje zdravstvene težave poiskal pomoč, ga lahko z ustreznim sodelovalnim odnosom in s posredovanjem informacij ozavešči in motivira za vstop v zdravstveni sistem.

Vsi bolniki s kroničnimi boleznimi se vsakodnevno soočajo s samoobvladovanjem bolezni: odločajo se kaj in koliko bodo jedli, ali bodo telesno dejavni, ali bodo opustili druge zdravju škodljive razvade in kdaj bodo vzeli zdravila (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016). V domačem okolju medicinska sestra z opazovanjem in indirektnim zbiranjem informacij prepozna te njihove odločitve. Kadar te odločitve niso v prid ohranjanja in krepitev zdravja je njena naloga podpora bolniku v smislu zagotavljanja informacij o njegovi bolezni ter predstavitev možnosti samoobvladovanja bolezni. Podpora pa ne sme vključevati samo izobraževanja, ampak je nujno potrebno vzpodbuditi njihovo sodelovanje pri odločanju.

Obravnavanje družine v času bolezni posameznika

V skladu s Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2018) patронаžno varstvo glede na vsebino obravnave obravnava zdrave družine, potencialno ogrožene družine in zdravstveno ter socialno ogrožene družine. Cilj obravnave zdrave družine je obravnava družine v okolju, kjer živi in pomoč ter vzpodbuda družini pri razvijanju in ohr-

njanju dobrega funkcionalnega stanja družine, dobrih medsebojnih odnosov in razvijanje pozitivnega odnosa do zdravja, njegove ohranitve in krepitve z upoštevanjem družinskih nazorov, kulturnih stališč in veroizpovedi. Cilj obravnave potencialno ogrožene družine je skupaj z družino v okolju, kjer živi, ugotoviti potencialne ogrožajoče dejavnike, podpreti in usposobiti družino za samoopazovanje in samopomoč, ter pravočasno ukrepanje v vseh aktivnostih za zagotavljanje, ohranitev in krepitev zdravja. Cilj obravnave zdravstveno in socialno ogrožene družine je obravnava družine v okolju, kjer živi, ter pomoč družini pri vzpostavljanju ustreznega funkcionalnega stanja glede na ogroženost in preprečevanje nezmožnosti samooskrbe, pomoč pri razvijanju preostalih sposobnosti, iskanju resursov prilagoditve, ohranjanju dobrih medsebojnih odnosov, sodelovanju pri zdravljenju, nadzoru vanju bolezni ter preprečevanju bolezni in komplikacij ter usposabljanju družinskih članov za samonego.

Družina kot temeljna celica večine sodobnih družb igra pomembno vlogo tako pri krepitvi in ohranitvi zdravja posameznih družinskih članov, kakor tudi pri nastanku in obravnavi bolezni, zato je naloga medicinske sestre v patronažni dejavnosti, da oceni njeno delovanje in jo glede na oceno celostno obravnava. Ocena družine pomeni sistematično zbiranje podatkov o družini, ki bodo medicinski sestri pomagali prepoznati ogrožajoče dejavnike, ki lahko vplivajo na zdravje in kakovost življenja družine. Šele na podlagi pridobljene ocene družine lahko patronažna medicinska sestra skupaj z družinskimi člani načrtuje potrebne intervencije za obravnavo družine. Pri oceni družine si je patronažna medicinska sestra v praksi pomaga s prostim opazovanjem družine, nestrukturiranim zbiranjem informacij o družini in s kategorizacijo družine.

Medicinska sestra v patronažnem varstvu se srečuje z različnimi oblikami družine ter z družinami v različnih razvojnih obdobjih in okoljih. V današnjem času ne moremo govoriti o eni obliki družine. Poznamo več oblik družin in posledično tudi več različnih definicij družine. Družinski zakonik (2019) opredeljuje družino kot življenjsko skupnost otroka, ne glede na starost otroka, z obema ali enim od staršev ali z drugo odraslo osebo, če ta skrbi za otroka in ima po zakonu do otroka določene obveznosti in pravice.

Moderno razumevanje družine se opira na več temeljev. Družina je pojmovana kot temeljna struktura, v kateri in po kateri nastaja človekov jaz (Kompan Erzar & Kuren, 2003). Družina je, ne glede na njeno konkretno podobo, najkompleksnejši in edinstveni prostor, v katerem nastaja in se razvija človeška psihična struktura. Njen razvoj je zunaj družine, četudi je ta nepopolna, razbolela, patološka ali celo nefunkcionalna, nemogoč. Pate et al., (2019)

ugotavljajo, da kronična in življenjsko ogrožajoča bolezen pomenita za celoten družinski sistem veliko spremembo in nepričakovani izziv. Ker so kronične bolezni v porastu, je zato čedalje več družin izpostavljenih temu stresorju in zato tudi narašča potreba po celostni podpori in oskrbi. Bolezen se namreč dotakne vseh družinskih članov in pomembno poseže na prav vsa področja vsakodnevne družinskega življenja, spremeni vloge družinskih članov in uvede nove vsakodnevne aktivnosti.

Če družino kritično obravnavamo kot skupino, vidimo, da ima v primerjavi z drugimi skupinami veliko prednosti, zaradi katerih se je zgodovinsko ohranila, obenem pa tudi veliko notranjih problemov. Družino povezuje veliko kulturnih, socialnih in ekonomskih interesov ter dolgo in intenzivno skupno življenje. Slabosti družine kot sistema se kažejo zlasti, kadar je potrebno medsebojno usklajevanje pri reševanju določenih konkretnih skupnih nalog. Bolezen v družini povzroči stiske, spremeni razporeditev vlog in zahteva več virov (časa, denarja, prostora, opreme). Bolezen lahko družino utrdi ali pa razbije. Na njeno odzivanje močno vpliva njeno kulturno in versko ozadje. V pretirano zaščitniških družinah, kjer so meje med posameznimi člani zaradi močne povezanosti nejasne, lahko preuranjena vest o resni bolezni povzroči pretirano zanikanje, vendar jih z njo moramo soočiti, da se bo njihovo čustvovanje lahko normalno razvijalo. V razrahljanih družinah brez močnejše čustvene povezanosti pa lahko bolezen odrine družinske člane še bolj vsaksebi (Švab & Rotar – Pavlič, 2002).

Razprava

Primarna raven zdravstvene dejavnosti, kamor spada tudi patronažno varstvo, v slovenskem prostoru predstavlja dejavnosti, ki omogočajo hiter in neposreden stik z zdravstveno službo, kjer so storitve dostopne brez napotnice. Ljudje najprej poiščejo pomoč za rešitev svojih zdravstvenih težav v osnovnem zdravstvenem varstvu v svoji lokalni skupnosti, kjer so praviloma locirane tudi patronažne službe. Ustrezno in učinkovito opolnomočenje pacientov na tem nivoju je ključno, ne samo za izboljšanje rezultatov v zdravstvu in zadovoljstvo pacientov, ampak tudi za povečanje učinkovitosti in vzdržnosti zdravstvenega sistema.

Medicinska sestra v patronažnem varstvu je odgovorna, da neredi vse, kar je v njeni moči in pristojnosti, da bodo posamezniki in njihove družine dobili dovolj informacij, znanja in razumevanja, da bodo lahko kritično sprejemali odločitve o nadaljnji zdravstveni obravnavi in v njej čimbolj aktivno sodelovali. Prizadevati si mora, da v čim večji možni meri v zdravstveno obravnavo v domačem okolju vključi tudi pacientovo družino oziroma zanj pomembne druge ljudi. Bofulin et al., (2016) navajajo, da imajo svojci (družinski člani, sorodniki in druge bližnje

osebe) pomembno vlogo pri podpori in oskrbi. Kadar njihova prisotnost in mnenje ne škodijo bolni osebi, moramo upoštevati njihovo vlogo in pomen v življenju posameznika. Mnenje in skrb bližnjih moramo upoštevati, kadar si posameznik njihovega sodelovanja želi.

Na področju družine in družinskega življenja smo v zadnjem desetletju priča pomembnim in značilnim spremembam. Resolucija o družinski politiki 2018–2028 »Vsem družinam prijazna družba« (2018) je med cilji s katerimi želi izboljšati kakovost družinskega življenja opredeljuje tudi zagotavljanje kakovostnega in široko dostopnega zdravstvenega varstva družin s poučkom na reproduktivnem zdravju žensk in moških ter zdravstvenem varstvu otrok.

Spreminjanje družinskega življenja in sestave družine zaznava tudi demografska statistika, čeprav statistični aparat težko zazna, ujame in pojasni družinsko dinamiko na tak način kot jo zaznava medicinska sestra, ki obravnava družine v njihovem domačem okolju.

Skela Savič (2009) ugotavlja, da bodo pomembno vlogo pri doseganju celovitosti obravnave imeli kadri v zdravstveni negi, ki bodo morali sistem zdravstvene obravnave graditi na resursih pacienta (fizični, psihični, socialni, ekonomski idr.), svojcev in celotne družbe ter pri tem upoštevati sposobnosti celotnega socialnega in družbenega okolja, v katerega se pacient vrača. Tovrstni proces obravnave zahteva usposobljene medicinske sestre, ki bodo gradile mrežo zdravstvene oskrbe pacienta v kontekstu kontinuirane oskrbe.

Družina je živ organizem s celotno strukturo in mejami med podsistemi. Vsi deli družinskega sistema so nenehno v medsebojni povezanosti in komunikaciji. Sistem je večji kot celota njegovih delov, zato sestava družinskega sistema ni samo specifično število ljudi, ampak tudi skupek odnosov in izkušenj med člani, njihovih uspehov, napak in stremeljenj. Družinski člani drug drugega dopolnjujejo z medsebojnimi interakcijskimi povezavami in vzorci. Sprememba v kateremkoli delu sistema pa vpliva na vsakega člana. Tudi kadar v družino vstopi bolezen, so s sto spremembo na nek način soočeni vsi družinski člani. Družinski sistem deli vzajemen interaktiven odnos z boleznijo, kar omogoča uravnoteženo spoprijemanje z boleznijo, zato lahko tako bolezen vpliva na družino, kot tudi družina na proces, potek in izid bolezni (Pate, et al., 2019).

Ob nastopu bolezni se lahko za družino pokažejo nove priložnosti, da si ponovno ustvari ali začrta nov razvojni potek. Ob tem je pomembno, da se družina sooči z razvojnimi zahtevami bolezni brez žrtvovanja posameznih članov in svojega razvoja kot sistema. Družina se mora odločiti, katere življenjske načrte lahko prekine, odloži ali spremeni in kdaj bodo ti načrti v prihodnosti lahko ponovno naslovljeni (Potočnik, 2019). Medinska sestra, ki v

domačem okolju obravnava takšno družino mora družinske člane vzpodbujati, da bodo drug drugemu v pomoč pri razreševanju občutkov krivde, prevelike odgovornosti ter brezizhodnosti. Predvsem pa mora biti družini v pomoč in podporo pri iskanju družinskih in zunanjih virov za zagotavljanje potrebne oskrbe bolnemu članu.

Zaključek

Medicinske sestre se pri svojem vsakdanjem delu premalo zavedajo, da je potrebno dojemati pacienta tudi onstran njegove trenutne vloge, zdravstvenega stanja in nivoja zdravstvenega varstva, na katerem je trenutno obravnavan in da ga je potrebno na vseh nivojih aktivno vključevati v zdravstveno obravnavo ter ga vsak dan znova spodbujati, informirati in učiti, da bo vse tisto kar zna in zmore, zase naredil sam. Če medicinske sestre tega v zadostni meri ne izvajajo, se v praksi zgodi, da pacient, ki bi bil ob njegovi aktivni vključenosti v zdravstveno obravnavo sposoben, da določene aktivnosti izvaja sam, ostane dalj časa ali celo do konca življenja odvisen od pomoči druge osebe. Ko tak pacient preide na drug nivo zdravstvene obravnave (iz bolnišnice v domače okolje, domsko varstvo ali obratno) se pogosto počuti nemočnega in povsem odvisnega od pomoči. Za obvladovanje svojega položaja najpogosteje potrebuje pomoč medicinske sestre in na tak način se ustvarja začaran krog, saj pacient predstavlja novo (velikokrat povsem nepotrebno) obremenitev za že tako preobremenjene izvajalce zdravstvene nege. Dvigniti stopnjo pacientovega aktivnega sodelovanja v procesu zdravstvene nege in vključitev njegove družine kot aktivnega partnerja v procesu zdravstvene obravnave, bo moral postati eden od glavnih ciljev zdravstvene nege in oskrbe v prihodnosti, ne le zaradi pacientov, pač pa tudi zaradi neželenih posledic, ki jih v zdravstvenem sistemu lahko povzroča pacientovo nesodelovanje.

Literatura:

Bofulin, M., Farkaš Lainščak J., Gosenca, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, M. & Lipovec Čebren, D., 2016. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 83-127.

Družinski zakonik, 2019. Uradni list RS, št. 15/17, 21/18, 22/19.

Hajdinjak, A., Meglič, R. & Zaletel, M. (2012). Sodobna zdravstvena nega. V Ljubljani: Zdravstvena fakulteta. pp. 168-280.

Henderson, V., Kalčič, D. & Grbec, V., 1998. Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, p. 24.

Kompan Erzar, K. & Kuren, M., 2003. Skrita moč družine. Ljubljana: Brat Francišek, pp. 31-45.

Krajnc, A., 2017. Vloga patronažnega varstva pri kreipitvi aktivne vloge pacienta v procesu zdravstvene obravnave. In: Plank, D. ed. Aktivna vloga pacienta in medicinske sestre v procesu zdravstvene obravnave / 18. strokovno srečanje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Celje, Celje, 6. oktober 2017. Celje: Splošna bolnišnica Celje, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Celje, pp. 24-32.

Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ]. 2016. *Opolnomočenje bolnika kot pomemben element obvladovanja kroničnih bolezni*. Available at: <http://www.nijz.si/sl/opolnomočenje-bolnika-kot-pomemben-element-obvladovanja-kroničnih-bolezni> [10. 9. 2019].

Pate, T., Stegu, T. & Šegula, A. (2019). *Kronična bolezen v družini*. Ljubljana: Teološka fakulteta, pp. 41-71.

Petek Šter, M., 2012. *Epidemiologija in smernice zdravljenja kronične bolezni*. Farmacevtski vestnik, 63(4), pp. 205-210.

Potočnik, D. (2019). *Odziv družine na kronično bolezen in relacijska družinska terapija: doktorska disertacija*. Available at: <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=86129&lang=slv> [7.11.2019].

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2018. Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18 in 57/18.

Rakovec Felser, Z., 2014. *Bolnikovo sodelovanje med zdravljenjem*. In: Kvas, A. ed. *Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 55-64.

Resolucija o družinski politiki 2018–2028 »Vsem družinam prijazna družba«, 2018. Uradni list RS, št. 15/18.

Rungapadiachy, D. & Mesner, N., 2003. *Medosebna komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Educy, pp.188-211.

Skela Savič, B., 2009. *Zdravstvena nega in raziskovanje: nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji*. Obzornik zdravstvene nege, 43(3), pp. 209-222.

Švab, I. & Rotar-Pavlič, D., 2002. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovenskega zdravniškega društva, pp. 66-101.



Martina Kajtna

Kot patronažna medicinska sestra je 35 let zaposlena v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor. Je prostovoljka Karitasa, aktivna članica Društva boja proti raku ter članica pevskega zbora Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor La Vita.

Delo patronažne medicinske sestre opravlja z velikim veseljem, veliko se izobražuje, saj se zaveda, da je potrebno slediti novostim na področju zdravstvene nege.

Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi pacienta z bolečino

Martina Kajtna

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Izvleček

Bolečina je človekova subjektivna izkušnja na katero delujejo številni dejavniki in se pojavlja v različnih življenjskih obdobjih. Pojav bolečine je v patronažni zdravstveni negi na prioritetnem mestu. Patronažna medicinska sestra obravnava pacienta v okviru njegove družine, individualno in celostno, pri čemer je njen glavni cilj prepoznavanje, preprečevanje in lajšanje bolečine. Patronažna medicinska sestra na podlagi ugotovljenih potreb in problemov sodeluje z ostalimi strokovnimi sodelavci.

Ključne besede: *merjenje bolečine, celostna obravnava, individualni pristop.*

Uvod

Patronažna medicinska sestra (v nadaljevanju PMS) je nosilka patronažne zdravstvene nege, ki jo izvaja na domovih pacientov in v lokalni skupnosti. Vstopa v različne oblike družin ter družine v različnih razvojnih obdobjih, kjer ugotavlja potrebe po patronažni zdravstveni negi, načrtuje negovalne intervencije ter izvaja in vrednoti realizirane cilje. Družini nudi pomoč in podporo ob prihodu novega družinskega člana, vključuje se v vsa področja promocije zdravja, pomaga družini v obdobju bolezni in rehabilitacije ter nudi pomoč in podporo ob izgubi njim ljubljenih oseb. Zaveda se, da je v družini vselej gost, ki upošteva in spoštuje vzorce vedenja in obnašanja vseh družinskih članov.

PMS se v družini srečuje z naslednjimi oblikami bolečine:

- bolečina v poporodnem obdobju, ki je prisotna pri otročnici, ki rodi po naravni poti ali s carskim rezom. Močne bolečine lahko povzroči epiziotomijska rana. Problemi, ki pri otročnici povzročajo bolečino so povezani z doječo dojko. Večino bolečin se lahko prepreči ali izboljša, če jih dovolj zgodaj prepoznamo, nemudoma zdravimo in natančno spremljamo, da otročnica ne preneha dojit,

- druga velika skupina pacientov z bolečino, ki jih obravnava PMS, so pacienti v kurativni obravnavi, kronični pacienti, pacienti v paliativnem obdobju. Pri teh pacientih se PMS srečuje z akutno bolečino, kot je bolečina v hrbtenici ali kronično bolečino kot je bolečina pri kronični rani, bolečina pri onkološkem pacientu, bolečina pri dementnem pacientu. Za kakovostno izvajanje zdravstvene nege pri kroničnih pacientih je potreben multidisciplinarni pristop in timsko sodelovanje, kakor tudi individualen pristop do vsakega posameznika, ki bolečino sprejema na svoj način.

Namen prispevka je predstaviti vlogo PMS pri prepoznavanju, preprečevanju in lajšanju bolečine.

Patronažno varstvo

Patronažno varstvo je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti (Šušteršič, et al., 2006). Patronažna zdravstvena nega je specialno področje zdravstvene nege, ki se ukvarja s posamezniki, družinami in lokalno skupnostjo v vseh obdobjih zdravja in bolezni. Nosilka patronažne zdravstvene nege je medicinska sestra v patronažnem varstvu, ki ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, načrtuje intervencije zdravstvene nege, jih izvaja in vrednoti dosežene cilje. Svetuje o zdravem načinu življenja in obnašanja ter opozarja na rizične faktorje, ki lahko ogrozijo zdravje. Pomaga posameznikom in njihovim družinam na njihovih domovih, da se soočijo z boleznijo, kronično nezmožnostjo in stresom. Ocenjuje kdo, kdaj in kaj je sposoben posameznik ali družina storiti zase in česa ne. Medicinska sestra v patronažnem varstvu je koordinatorka vseh oblik pomoči na domu in je vez med pacientom in njegovim osebnim izbranim zdravnikom (Železnik, et al., 2011).

Prednost diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu je izjemno poznavanje terena, kjer zaznavajo socialno in zdravstveno problematiko ter iščejo interdisciplinarne rešitve tudi v povezovanju z lokalno skupnostjo in nevladnimi organizacijami. Na ta način se zagotavljajo pogoji, da posameznik lahko ostane v domačem okolju čim dlje, kljub starosti, bolezni in onemoglosti. PMS so koordinatorke vseh oblik pomoči na domu in vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom (Šušteršič, et al., 2006).

Zaradi načina delovanja je patronažno varstvo tisti del primarnega zdravstvenega varstva, ki najhitreje zazna družbene spremembe in se zato lahko odzove. Prav zato je vloga medicinske sestre v patronažnem varstvu še kako aktualna, saj se razsežnost vsesplošne krize in posledično slabšanje socialnih razmer opazi šele za zaprtimi vrati domov, kamor patronažna medicinska sestra vstopa (Zavrl Džananović, 2010).

Bolečina v poporodnem obdobju

Patronažna medicinska sestra sistematično obravnava paciente po principu načrtovanega dela na svojem določenem terenu. Standard dela zahteva zajem novorojenčka v roku 24 ur po odpustu iz porodnišnice in kasnejše obravnave glede na strokovno odločitev diplomirane medicinske sestre.

Obravnava v obdobju novorojenčka, zajema vzpostavljanje dobrega odnosa s starši, vzpostavljanje dojenja, zagotavljanje primerne teže novorojenčka in sposobnost otročnice za samostojno nego novorojenčka (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998).

Poporodna bolečina je prisotna skoraj pri vsaki ženski po porodu. Najpogosteje jo povzročajo krčenje maternice, občutljive dojke in bradavice, poškodbe presredka, operativna rana po carskem rezu in hemoroidi. Pogosto se pojavljajo tudi glavoboli, bolečine v ramenih, vratu in hrbtu (Fabijan Vodušek & Skubic, n. d.).

»Prve dni, ko sem otročka pristavljala sem si dala v usta brisačo in dobesedno stisnila zobe, da zaradi bolečine ne bi trznila ali zakričala in s tem prestrašila otročka, ki se je tudi šele učil uspešno dojiti« (Wilma, 2015).

Pomembno je, da PMS bolečino prepozna in jo oceni. Večina teh težav se lahko prepreči ali izboljša, zato jih je treba zgodaj prepoznati, nemudoma zdraviti in natančno spremljati, da ne pride do zastojne dojke ali da celo preneha dojiti.

Kadar iščemo razloge za neučinkovito praznjenje dojk, pridemo do razlogov kot so: slabo sesanje, neučinkovito hranjenje, izpuščanje obrokov, neenakomerno hranjenje ali preveliko mleka. Če je otrok pravilno pristavljen k prsim, mati pa v udobnem položaju, se na dojkah ne pojavljajo ragade, bolečine ali zastojne dojke (Ocvirk, 2010).

Pomembno je, da PMS pristopi do vsake otročnice individualno s pravilno komunikacijo, empatijo, da zazna katera bolečina je tista, ki se jo da reševati v domačem okolju z zdravstveno vzgojnimi nasveti in katera bolečina je tista, ki potrebuje nadaljnjo obravnavo pri specialistu.

Onkološki pacient in bolečina

PMS posebno pozornost posveča obvladovanju in lajšanju bolečine pri onkološkem pacientu. Bolečina je neizbežna značilnost številnih rakavih obolenj in je pri teh pogosto prisotna. Gre za enega najpogostejših simptomov, ki se pojavijo pri boleznih z napredovalim rakom (Kumar, 2011). Uspešnost zdravljenja bolečine pri pacientih je odvisna od znanja

zdravnikov, medicinskih sester, uspešnega sodelovanja z drugimi strokovnjaki ter od sodelovanja pacienta in njegove družine (Čaušević, 2014). Nujno je tesno sodelovanje PMS in osebnega izbranega zdravnika. Če družinski zdravnik zna prisluhniti PMS ter upošteva njeno usposobljenost in znanje, bodo njegovi pacienti zagotovo deležni večjega obsega in boljše kakovosti zdravstvene nege, kot bi bili sicer (Ivetić, 2008). Samo z integrirano interdisciplinarno obravnavo lahko omogočimo onkološkemu pacientu vsesplošno olajšanje, izboljšamo kvaliteto življenja in omogočimo dostojno smrt (Krčevski, 2008). Za ocenjevanje bolečine so nam na voljo ocenjevalne lestvice, ki so lahko numerične, vizualno- analogne ali besedne (Mertelj, 2014). V Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor OE Patronažno varstvo ocenjujemo bolečino pri onkološkem pacientu s pomočjo VAS lestvice.

Za kakovostno izvajanje patronažne zdravstvene nege v družini pacienta z onkološkim obolenjem je na podlagi ugotovljenih potreb in problemov, ki jih ugotovi PMS, potrebna vključitev ostalih strokovnjakov zdravstvenega in negovalnega tima (dietetik, Hospic, osebni izbrani zdravnik, Ambulanta za zdravljenje bolečine) ter ostalih podpornih služb (duhovnik, prostovoljci, nevladne organizacije...) (Horsfall, et al., 2013). Za to, da bo vsak pacient z neozdravljivo boleznijo deležen paliativne oskrbe, ki mu bo omogočila umreti z dostojanstvom, je predvsem potrebno zagotoviti pacientom prijazno okolje, organizacijo dela, ki izvajalcem omogoča opravljanje oskrbe, za katero so profesionalno odgovorni, in povečati nivo znanja o paliativni oskrbi tako med strokovno kot laično javnostjo (Mimić, et al., 2013).

Pacient z akutno in kronično rano ter bolečina

Obravnava kronične rane na domu predstavlja posebne izzive, saj poteka pod drugačnimi pogoji, kot v ambulanti ali bolnišnični dejavnosti. Pacient je pri oskrbi kronične rane v veliki meri odvisen od storitev s strani patronažne službe, samooskrbe in pomoči družine.

Prevez kronične rane v domačem okolju opravi PMS po naročilu zdravnika. Prilagoditi se mora vsem danim stanovanjskim in družinskim pogojem. Oskrba kronične rane je vedno večji problem sodobnega časa, ki se je pojavil s staranjem prebivalstva (Jošar, 2014). Najpogostejše kronične rane na koži in mehkih tkivih so rane na stopalih diabetikov, golenje razjede zaradi venskega zastoja in rane nastale zaradi pritiska (Triller, 2006).

Pacienti s kronično ali akutno rano se odločijo za obisk pri zdravniku predvsem zaradi bolečine.

Petek & Oblak (2008) opisujeta bolečino kot osebno počutje in je ni mogoče dokazati. Ločimo akutno in kronično bolečino. Prednostna naloga PMS je prepoznavanje in ocenjevanje

bolečine. Objektivno oceno jakosti bolečine nam poda pacient osebno, izražanje bolečine in njegov odziv na bolečino. Ocena bolečine je del ocene rane, saj je lajšanje bolečine prav tako ključnega pomena za dobro počutje pacienta in učinkovito oskrbo rano (Mertelj, 2014).

Pomembno je, da se PMS zaveda, da ima bolečina pomemben vpliv na čustveno stanje pacienta in učinkovitost zdravljenja (Upton, 2014). Kronična bolečina je brez dvoma pogost zdravstveni problem, ki ga želimo spoznati in izmeriti, da bi zmanjšali njene posledice, tako za pacienta, za njegovo družino, kot tudi za družbo (Petek & Oblak, 2008).

Za ocenjevanje bolečine so nam na voljo ocenjevalne lestvice, ki so lahko numerične, vizualno – analogne ali besedne (Mertelj, 2014). V patronažnem varstvu Maribor ocenjujemo bolečino pri pacientu s kronično rano s pomočjo VAS lestvice.

Pacient z bolečino v hrbtenici

Bolečina v hrbtenici je pogost problem, pojavlja se pri aktivni populaciji in predvsem pri starostnikih. Pacienta z bolečino v križu patronažna medicinska sestra obišče na podlagi izdanega delovnega naloga, predpisanega s strani osebnega izbranega zdravnika ali zdravnika specialista. V kolikor ima pacient s bolečino v križu pridruženo kronično obolenje, pa v skladu z Navodili za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, pripadata dva preventivna patronažna obiska letno (Jančič, 2012). Na podlagi zdravnikovega naročila na delovnem nalogu, PMS aplicira predpisano medikamentozno terapijo. Aplikacija terapije se izvaja izključno in samo po naročilu zdravnika. PMS mora nenehno slediti novostim na tem področju in se vseživljenjsko izpopolnjevati. Poznati mora delovanje, stranske učinke in način dajanja zdravil, zato mora spremljati odziv pacienta na zdravlilo in ga usmerjati pri jemanju le tega. Za zmanjšanje bolečine in preprečitev nastanka kronične bolečine lahko pacient največ naredi sam. Naloga PMS je, da pacienta spodbuja, mu predstavi vaje za hrbtenico in ga podrobneje poduči o njihovem pravilnem izvajanju (Koroša, 2017).

Dementni pacient in bolečina

Z naraščanjem števila starejšega prebivalstva narašča tudi število ljudi, ki trpijo za določenimi duševnimi motnjami. Demenca je počasi napredujoča bolezen. V njenem poteku pride do vedenjskih in psihičnih sprememb, nekateri pacienti postanejo depresivni, drugi izgubijo nadzor nad vedenjem in so napadalni, kričijo, begajo. Pacientu moramo nuditi varno in stabilno okolje, redno fizično in psihično aktivnost ter stremeti k temu, da pacientom omogočimo čim boljše in dolgo kvalitetno življenje v domačem okolju (Vučko Miklavčič & Perne, 2007).

Dementni pacient potrebuje celostno obravnavo. Potrebno je upoštevati njegovo bolezensko stanje, osnovne biološke potrebe ter ožje in širše socialno okolje. Flegel (2013) ugotavlja, da je razmišljanje, da osebe z demenco čutijo manj bolečine, napačna.

S patronažnim obiskom PMS vzpostavi stik z dementnim pacientom, njegovo družino in okoljem, v katerem živi. Skupaj z njimi ugotovi družinske socialne, ekonomske, higienske in zdravstvene razmere v katerih živi. Glavni pokazatelj bolečine pri pacientu z demenco so spremembe vedenja, ki jih moramo ovrednotiti na ustrezen način ter ugotoviti morebitno povezavo med bolečino in zadovoljenimi potrebami. Vsake spremembe vedenja ne moremo takoj pripisati pojavu bolečine zaradi česar je ocenjevanje bolečine izrednega pomena, da se drugi dejavniki lahko izključijo (Kobentar, 2014).

Razprava

Temeljna naloga PMS pri pacientu z bolečino je zadovoljevanje pacientovih potreb v vseh temeljnih življenjskih aktivnostih, zato mora pri načrtovanju in izvajanju negovalnih intervencij delo prilagoditi vsakemu pacientu z bolečino posebej in mu z obravnavo omogočiti čim bolj kakovostno življenje. Bolečina vpliva na življenje pacienta in celotne družine in ga prizadene pri posameznih osnovnih življenjskih aktivnostih, zato ima PMS pri pacientu pomembno vlogo, saj ga obravnava v domačem okolju, kjer poleg naročenih negovalnih intervencij pacienta zdravstveno vzgojno obravnava, ga posluša in mu daje nasvete (Koroša, 2017). PMS mora znati bolečino oceniti s pomočjo ocenjevalnih lestvic, ki so na voljo. Pri tem je pomembno multidisciplinarno in timsko sodelovanje.

Zaključek

PMS je družinska medicinska sestra, ki ima veliko prednost, saj pozna družine na svojem terenskem območju in jih spremlja v različnih razvojnih obdobjih. V družini izvaja preventivne in kurativne dejavnosti, s čimer si pridobi zaupanje, sodelovanje in spoštovanje posameznikov in družin.

Pacienta z bolečino obravnava celostno, upoštevajoč fizični, psihični, socialni, kulturni in etični vidik. S pomočjo splošnih, specifičnih in predvsem individualnih nalog realizira zastavljene cilje. Za kakovostno izvajanje patronažne zdravstvene nege je potreben multidisciplinarni pristop in timsko sodelovanje.

Literatura:

- Čaušević, M., 2014. Obvladovanje kronične bolečine v onkološki zdravstveni negi. In: Krajnc, A., ed. *Z dokazi v praksi – obvladovanje simptomov v onkološki zdravstveni negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, pp. 10-16.
- Flegel, K., 2013. People with dementia need better pain management. *Canadian Medical Association Journal*, 10(1), p. 185.
- Horsfall, D., Leonard, L., Noonan, K., & Rosenberg, J., 2013. Working together-apart: Exploring the relationships between formal and informal care networks for people dying at home. *Journal of Community Health Nursing*, 21(6), pp. 331-336.
- Ivetič, V., 2008. Sodelovanje zdravnika družinske medicine in patronažne medicinske sestre pri paliativni oskrbi. In: Koletnik, Z., ed. 2. strokovno srečanje zasebnih patronažnih medicinskih sester: patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku. Spodnji Duplek, 15. april 2008, pp. 31-39.
- Jančič, A. (2012). Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi pacienta z bolečino v križu. In: M., Vogrin, Z., Krajnc & R., Kelc, eds., VIII. Mariborsko ortopedsko srečanje. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, pp. 215 - 222.
- Jošar, D., 2014. Oskrba pacienta s kronično rano v domačem okolju. In: Volar, V. & Planinšek Ručigaj, T. eds. *Timski pristop pri preprečevanju in zdravljenju kroničnih ran: dvodnevno strokovno izobraževanje z učnimi delavnicami*, Portorož, februar 2014. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije – DORS, pp. 50-54.
- Kobentar, R., 2014. Celostni pristop k ugotavljanju in obravnavi bolečine pri obolelih za demenco: na dokazih podprta priporočila za dobro prakso. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 227-237.
- Koroša, D., 2017. Bolečina v križu pri pacientu/človeku v domačem okolju: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 9-14.
- Krčevski Škvarč, N., 2008. Ocena bolečine in izbira zdravljenja bolečine pri onkološkem bolniku. In: Koletnik, Z., ed. 2. strokovno srečanje zasebnih patronažnih medicinskih sester: patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku, Spodnji Duplek, 15. april 2008, pp. 49-54.
- Kumar, S., 2011. Utilization of Brief Pain Inventory as an Assessment Tool for Pain in Patients with Cancer: A Focused review. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(2), pp. 108-115.
- Mertelj, O., 2014. Pomen ocenjevanja rane. In: Vilar, V. & Planinšek Ručigaj, T. eds. *Timski pristop pri preprečevanju in zdravljenju kroničnih ran: dvodnevno strokovno izobraževanje z učnimi delavnicami*, Portorož, februar 2014. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije – DORS, pp. 36-44.
- Mimić, A., Simonič, A. & Skela Savič, B., 2013. Razumevanje koncepta »umiranje z dostojanstvom« pri medicinski sestrski v paliativni oskrbi. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(4), pp. 325-332.
- Ocvirk M., 2010. Patologija dojk. In: Felc, C., ed. *Tečaj laktacije za opravljanje izpita za naziv mednarodni pooblaščen svetovalec za laktacijo IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant): zbornik predavanj*. Terme Dobrna, pp. 239-256.
- Petek, C. & Oblak, M., 2008. Kronična rana in bolečina. In: Vilar, V. ed. *Zbornik predavanj društva za oskrbo ran*, oktober 2008. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran, pp. 15-29.
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998. Uradni list RS, št. 19/98, str. 17-15.
- Fabjan Vodusek, V. & Skubic, M., n. d. Tegobe v poporodnem obdobju. Available at: <https://zdaj.net/poporodno-obdobje/izzivi-in-tegobe-v-poporodnem-obdobju/> [31.10.2019].
- Šušteršič O., Horvat, M., Cibic, D., Peternef, A. & Brložnik, M., 2006. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(4), pp. 247-252.
- Triller, C., 2006. Kronična rana. In: Triller, C., ed. *Sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane simpozij z mednarodno udeležbo*, Portorož 2.-3. junij 2006. Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške infekcije, Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana, pp. 23-27.

Upton, D., 2014. *Psychological aspects of wound care: implications for clinical practise*. *Journal of Community Nursing*, 28(1), pp. 47-52.

Vučko Miklavčič, I. & Perne, D., 2007. *Demenca*. In: Posavec, A., ed. *Nujna obravnava starostnika v predbolnišničnem okolju; zbornik predavanj*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, pp. 91-96.

Zavrl Džananović, D., 2010. *Analiza poročil o delu patronažnega varstva od leta 2000-2008: Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri*. *Obzornik zdravstvene nege*. 44(2), pp. 117-125.

Železnik, D., Horvat, M., Panikvar Žlahtič, K., Filej, B., Vidmar, I., Šušteršič, O., et al., 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp. 11-23.

Wilma, A. K., 2015. *10 P-jev za uspešno dojenje*. Maribor: Društvo Porodna hiša, pp. 170-171.



Rosemarie Franc,

dipl. m. s., dipl. bab. je svojo poklicno pot pričela v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor, na takratnem Oddelku za reanimatologijo, anestezijo in intenzivno terapijo bolečin. Zaradi hudega kadrovskega primanjkljaja babic jo je pot ponesla v porodni blok mariborske porodnišnice. Ves čas se je zavzemala za human odnos do nosečnic, porodnic in otročnic ter njihovih družinskih članov.

Leta 2006 je opravila mednarodni izpit IBCLC in si pridobila naziv mednarodna svetovalka za dojenje. Od leta 2016 je na Fakulteti za zdravstvene vede Maribor izvoljena v naziv strokovna sodelavka za predmetno področje »zdravstvena nega in oskrba«.

Od leta 2012 je strokovna vodja zdravstvene nege in babištva Oddelka za perinatologijo. V sodelovanju z mentorico Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani izvaja in vodi praktične diplomske izpite pri študentih babištva v porodnem bloku mariborske porodnišnice. Preko spletne povezave MIDWIFERY-RESEARCH sodeluje in izmenjuje izkušnje z akademsko izobraženimi babicami po vsem svetu. V letu 2019 je na Fakulteti za zdravstvene vede v Mariboru prejela pohvalo za izjemen uspeh pri magistrskem študiju iz področja Management v zdravstvu in socialnem varstvu.

Je članica Strateškega sveta pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije. V svojih številnih publikacijah ter znanstvenih prispevkih poudarja v žensko in družino osredotočeno skrb, pomen kontinuirane babiške obravnave, zavzema pa se tudi za prepoznavnost babiškega poklica ter priznavanje babištva kot avtonomne profesije.

Lajšanje porodne bolečine - stališče babice

Rosemarie Franc

Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo,
Oddelek za perinatologijo

Izvleček

Uvod: Vsaka ženska ima pravico do nudenja različnih metod lajšanja porodnih bolečin. V nekaterih zahodnoevropskih državah je to že 35 - 40 let uzakonjena pravica. Takšen porod je pravica tudi slovenskih žena, vendar kljub jasno napisanemu zakonu o pacientovih pravicah in intenzivnim prizadevanjem, stroka v Sloveniji še ni dosegla, da bi zdravstvena in zavarovalna politika to dejavnost priznala kot plačano storitev.

Metode: V prispevku je uporabljena deskriptivna metoda dela pregleda literature, ki se nanaša na proučevanje teme – lajšanje porodne bolečine.

Razprava: Idealne metode lajšanja porodne bolečine, ki bi bila primerna za vse porodnice ni. Babice imajo v okviru šol za starše pomembno vlogo pri pripravi porodnic na porod in seznanjanju le-teh z nefarmakološkimi načini lajšanja porodne bolečine. Dopustiti je potrebno, da se vsaka porodnica glede na dobljene informacije in danih razmer tekom poroda sama odloči in izbere metodo za katero meni, da je najbolj primerna zanj. Pri farmakološkem načinu lajšanja porodnih bolečin je pomembno dobro sodelovanje babic s porodničarjem in anesteziologom. Danes babice na porodno bolečino gledajo drugače kakor v preteklosti. K temu jih poleg strokovnega znanja zavezuje tudi dejstvo, da je lajšanje kakršnekoli bolečine temeljna pravica vsakega človeka, ki vstopa v zdravstveno ustanovo, posledično temu tudi temeljna pravica vsake ženske, ki rojeva v porodnišnici.

Zaključek: Dostopnost in organizacija lajšanja porodne bolečine v Sloveniji ni organizirana enotno in ni enako dostopna vsem porodnicam. Problem ni samo v pomanjkanju anesteziologov, temveč tudi v dojemanju in interpretaciji porodne bolečine tako politikov (države) kakor tudi nekaterih zdravstvenih delavcev. Babica je ključna oseba pri prepoznavanju in pravočasnem obveščanju porodničarja in anesteziologa v primeru težjega prenašanja porodne bolečine porodnice.

Ključne besede: porod, porodnica, babica, porodna bolečina, lajšanje bolečin, porodna analgezija

Uvod

Porodna bolečina je stara toliko kot človeštvo (Oberstar, 2011). Woo et al., (2015) trdijo, da je bolečina med porodom ena najhujših bolečin, ki jih ženska izkusi tekom življenja. Sirc in Bergant (2015) menita, da je tovrstna bolečina primerljiva z bolečino pri kompleksnem regionalnem bolečinskem sindromu in amputaciji prsta na roki, zato je še kako pomembno, da jo učinkovito lajšamo.

Le malo dogodkov v življenju se lahko primerja s pričakovanjem in vznemirjenjem ob rojstvu otroka (Hrga, 2013). Vendar pa porod sproža eno najhujših bolečin, ki jo porodnice doživljajo različno tako glede intenzivnosti kot sposobnosti njenega prenašanja (Bergant, et al., 2016). Čeprav je porod normalen fiziološki proces, povzroča različne stopnje bolečine. Tudi ženske, ki rojevajo so različne. Nekatere si želijo lajšanja bolečine med porodom, druge si želijo naravnega poroda brez kakršnihkoli intervencij (Zakšek & Grmek, 2011).

Pajntar (2004) navaja, da se ocena bolečine pri porodu po vizualni analogni lestvici (VAS) običajno giblje med 7 in 9, kar opredeljuje kot zelo hudo do neznosno bolečino. Po prepričanju Wagner Kovačec (2010) takšna ocena stopnje bolečine iz strani ženske ni koristna niti za porodnico niti za novorojenca, lahko vpliva stresno na potek poroda, sproži določene patofiziološke mehanizme in ostane ženski v trajnem spominu, kar lahko vpliva na odločitve glede naslednjih nosečnosti. S tem se strinjajo tudi Bergant in sodelavci (2016), ki navajajo, da se trpečim porodnicam zaradi bolečine zviša raven kateholaminov v krvi, kar zmanjša učinkovitost materničnega krčenja ter vodi v izčrpanost in nesodelovanje pri porodu. Vse to poveča tveganje za zaplete med porodom in posttravmatsko stresno motnjo.

Lajšanje porodne bolečine je pomemben del vodenja in spremljanja poroda, saj omogoča boljše sodelovanje porodnice z zdravstvenim osebjem ter lažje vodenje poroda, izboljša osebno doživljanje poroda (Marušič Gaser & Vrečič Slabe, 2015) in zmanjša verjetnost poporodne depresije (Wisner, et al., 2014; Ding, et al., 2014) in poporodne travmatske stresne motnje (Andersen, et al., 2012; Bergant, et al., 2016), vpliva pa lahko celo na spolnost po porodu (Zakšek & Grmek, 2011). Strah pred porodom in porodno bolečino je ponekod postal pomemben dejavnik pri zahtevi in odločitvi porodnice za programski carski rez (Rozman, 2015; Saisto & Halmesmaki, 2003).

Ne glede na to ali ženska dobro ali slabo prenaša porodno bolečino in ali jo doživlja kot pozitivno ali negativno spremljevalko poroda, ima vsaka pravico do nudenja različnih metod (nefarmakoloških in farmakoloških) lajšanja porodnih bolečin. V nekaterih zahodnoevropskih državah (Švedska leta 1971, Finska leta 1977) je to že 42 - 48 let uzakonjena pravica.

Takšen porod je pravica tudi slovenskih žena, vendar kljub jasno napisanemu zakonu o pacientovih pravicah in intenzivnim prizadevanjem, stroka v Sloveniji še ni dosegla, da bi zdravstvena in zavarovalna politika to dejavnost priznala kot plačano storitev (Hrga, 2013).

V prispevku želi avtorica opozoriti, da je samoumevno pojmovanje bolečine kot normalne spremljevalke poroda neprimerno; da je pravica vsake rojevajoče ženske lajšanje porodne bolečine na njej primeren in individualen način; pravočasno prepoznavanje in lajšanje porodne bolečine pa temelj obporodne babiške skrbi.

Metode

V prispevku je uporabljena deskriptivna metoda dela pregleda literature, ki se nanaša na proučevanje teme – lajšanje porodne bolečine. Iskanje je potekalo po podatkovnih bazah Science Direct, Medline, PubMed, Up To Date, Cochrane, DKUM in Cobiss. Avtorica prispevka se je osredotočila na članke in literaturo, pretežno objavljeno v obdobju od leta 2009 do 2019, v angleškem in slovenskem jeziku. Nekaj virov je starejših od leta 2009, saj je adekvatno lajšanje porodne bolečine v nekaterih državah že dalj časa obravnavana raziskovalna tema. Osnovni kriterij pri zbiranju ustrezne literature je bilo leto objave oz. izdaje (pretežno literatura zadnjih desetih let) in literatura, ki lajšanje porodne bolečine omenja v povezavi z babiškim delom in je namenjena tako babicam kakor tudi zdravnikom. Sledilo je kritično branje najdenih vsebin in posledično izbira vsebinsko kakovostnih virov, ki so vključeni v pregled literature.

Porodna bolečina

Na splošno je bolečina neprijetna senzorična izkušnja, ki nastane zaradi škodljivega dražljaja, bolezni in različnih medsebojnih dogajanj v osrednjem živčevju. Prejšnja izkušnja in prisotno čustveno stanje odreja odziv na bolečinski dražljaj. Bolečinske izkušnje se razlikujejo po intenzivnosti, trajanju, ritmu, vzorcu, kakovosti, razsežnosti, razmestitvi ter obsegu vegetativnega in čustvenega odziva (Marin, 2009).

Bolečina pri porodu je drugačna od navadne bolečine (Hrga, 2013) in ni primerljiva z bolečino zaradi poškodbe, okužbe ali kronične bolezni. Ni konstantna, ampak prihaja in odhaja tako kot krči, kar daje porodnicam priložnost za počitek in preusmeritev (Pirdel & Pirdel, 2009). Je pozitivna oziroma funkcionalna bolečina, bolečina s ciljem ali kot jo nekateri imenujejo kreativna bolečina (Hrga, 2013). Porodno bolečino porodnica lažje prenaša, ker pričakuje pozitiven rezultat. V primeru poroda je to zdrav otrok. Dejstvo pa je, da ženske z različno stopnjo izobrazbe, iz različnih socialnih in kulturnih okolij opisujejo porod kot enega najbolj bolečih dogodkov v življenju (Marin, 2009).

Lajšanje porodne bolečine skozi zgodovino

Odnos do porodne bolečine se je skozi čas spreminjal (Mivšek, 2011). S porodno bolečino so se ukvarjali že stari Grki in sicer 400 let pr. n. št. Soočeni s kompleksnim trpljenjem žensk so starogrški zdravniki izoblikovali tezo o »potujoči maternici«. Verjeli so, da se maternica giblje navzgor po ženskem telesu ter povzroča stres in škoduje njenemu telesnemu in duševnemu počutju (Evans, 2015). Hipokrat (460 - 370 pr. n. št.) je uporabil izraz »histerija«, ki izhaja iz grške besede »histeros« za »maternico«, s katerim je opisal najrazličnejše ženske psihične, čustvene in fizične »izpade« tekom poroda. Po sklepanju tega je ženske bolečine označil za šibke, manjvredne ali iracionalne. Zelo poznan grški filozof Aristotel je v svoji knjigi »Nikomahova etika« uporabil koncept histerije kot dokaz, da ženske niso primerne za javne funkcije. V naslednjih 2000 letih je bila diagnoza »histerije« pogosto uporabljen izraz v evropski medicinski praksi za opis najrazličnejših simptomov pri ženskah. Šele leta 1980 je bil izraz odstranjen iz priročnika o psihiatričnih motnjah (Evans, 2015). Do približno 17. stoletja se s problematiko porodne bolečine sploh niso ukvarjali. Za ljudi je predstavljala nujno zlo. Za cerkev in vernike je bila kazen za Evin izvirni greh, ki jo je naložil Bog. Njeno lajšanje bi tako za ljudi pomenilo zoperstavljanje Bogu (Mivšek, 2011; Poličnik, 2015). Leta 1847 je doktor James Young Simpson pri eni izmed porodnic prvič uporabil eter, kasneje, (leta 1853) pri porodu kraljice Viktorije tudi kloroform, kljub številnemu neodobravanju svojih stanovskih kolegov in politikov (Heesen & Veaser, 2012; Poličnik, 2015). V 19. stoletju so ženske zahtevale lajšanje porodne bolečine na podlagi argumentov o temeljnih človekovih pravicah (Mivšek, 2011). Kasneje se je kar nekaj zdravnikov pričelo ukvarjati z lajšanjem porodne bolečine: Pavlovič, Lamaz, Read, Bradley, Odent. Velik pomen pri lajšanju porodne bolečine so pripisovali sprostitvenim tehnikam, preusmerjanju pozornosti, tehnikam dihanja, edukaciji nosečnic, prisotnosti spremljevalca, sproščenemu in mirnemu porodnemu okolju, zadostni hidraciji in prehranjenosti rojevajočih žensk (Drglin, 2011). Med leti 1900 – 1930 je bila izvedena prva epiduralna anestezija ter pudendalna blokada živcev (Heesen & Veaser, 2012). Framakološko zdravljenje porodne bolečine je napredovalo zelo počasi. Večina žensk in njihovih zdravnikov je bila namreč prepričana, da je porodna bolečina naravna in je nujna spremljevalka rojevanja. Dilema pa se žal nadaljuje tudi v sedanjosti, saj so pogosto porodnice obravnavane drugače kot bolniki, ki trpijo zaradi drugih bolečin. American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) je obsodil uporabo dvojnih meril pri obravnavi porodne bolečine, zlasti tam, kjer je lajšanje bolečine možno zagotoviti varno in pod zdravniškim nadzorom. Združenje je zagovornik ideje, da je že samo želja porodnice zadostna indikacija za lajšanje porodne bolečine (Jošt, 2016).

Vzrok nastanka porodne bolečine

Za porodno bolečino je značilno, da v njej sodelujejo zaznave dveh izvorov, ki se v marsičem razlikujejo. Ena vrsta porodne bolečine izhaja iz krčenja maternice, ki je kot ostalo drobovje (viscera) nociceptivno oživčeno, predvsem s tankimi, nemieliziranimi vlakni visceralnih nociceptorjev. Visceralna komponenta porodne bolečine se pojavi ob začetku poroda, v času prve porodne dobe (Jošt, 2016). Vzdraženje nociceptorjev v steni maternice med krčenjem povzroči bolečino, ki ima podobne značilnosti kot drugi primeri bolečine z izvorom v drobovju (npr. črevesne, ledvične, žolčne kolike). Značilni so predvsem stiskajoča, trgajoča narava bolečine, nenatančna lokalizacija bolečinskega dražljaja in prenesena zaznava na obsežna področja površine telesa (Hrga, 2013). Bolečina je visceralna, difuzna, slabo lokalizirana, občuti se v spodnjem delu trebuha nad sramno kostjo in popkom (Trošt, 2016). Zaradi krčenja maternice, dozorevanja in odpiranja materničnega vratu in spuščanja vodilnega plodovega dela v porodni kanal, bolečino zaznavajo preneseno predvsem v področje križa in spodnji del hrbta, spodnji del trebuha in zgornji del stegen. Takšna razporeditev zaznave izhaja iz oživčenja rotil, saj se visceralna bolečina prenese na površino telesa v področja, ki jih oživčujejo segmenti hrbtenjače, h katerim se steka tudi nociceptivni priliv iz prizadetega notranjega organa (Hrga, 2013).

Druga vrsta bolečine, ki nastopi kasneje med porodom (v času druge porodne dobe) izvira iz vzdraženja somatskih nociceptivnih živčnih končičev ob raztegovanju struktur ob/v spodnjem delu porodne poti. Ta zaznava ima več značilnosti povrhnje, telesne (somatske) bolečine: je ostra in njen izvor je natančno lokaliziran v področje nožnice, danke in presredka. Raztezanje in bolečino povzroča napredovanje poroda in raztezanje nožnice, spremlja pa jo občutek potrebe pri porodnici, da z močnim krčenjem trebušnih mišic iztisne plod (Hrga, 2013; Jošt, 2016). Maternični krči in materin pritisk potiskajo plod skozi medenično dno, ob tem pride do razmikanja kosti (Trošt, 2016).

Kot vse druge akutne bolečine tudi porodna bolečina sproži fiziološki stresni odgovor organizma. Porodnica hitreje in globlje diha (hiperventilacija), pojavi se potenje, vrtoglavica, hitrejši utrip srca, zvišan krvni pritisk, bledica, utrujenost. Med porodom se zaradi intenzivnosti dogajanja v ženskem telesu sproščajo različni stresni hormoni (plazemska koncentracija le-teh je lahko tudi do petkrat zvišana), kot so adrenalin (njegova vloga je povečevanje vzdržljivosti porodnice), noradrenalin in naravni hormoni – endorfini, ki zmanjšujejo stres in lajšajo porodno bolečino (Poličnik, 2015; Trošt, 2016).

Dojemanje in prenašanje porodne bolečine

Sposobnost za prenašanje bolečine ali toleranca je najvišja jakost bolečine, ki jo posameznik še lahko prenese. Je odvisna od vsakega posameznika in je povezana z bolečinskim pragom. Utrujenost, izčrpanost in nenaspanost zmanjšujejo posameznikovo sposobnost za prenašanje bolečine, saj se bolečinski prag zniža (Charles, 2009; Marin, 2009).

Izkušnja fizične ali čustvene bolečine je del človeške eksistence. Porodna bolečina je fiziološki mehanizem, ki opozarja žensko na fizično ali psihično dogajanje v njej sami. Razlaga vzroka bolečine in prag prenašanja je pogojen z različnimi, velikokrat med sabo prepletenimi dejavniki (Gosenica, et al., 2016). Ženske lahko porodno bolečino razumejo kot običajen odziv na dogajanje tekom poroda; kot neizbežen del življenja; priložnost, da pokažejo svojo osebno moč; zaslužen kazni za prestopke in grehe; izkušnjo odrešitve (Srivastava, 2007).

Odzivi na bolečino in nelagodje pri porodu se zelo razlikujejo, saj je mogoče pri porodnicah opaziti različne čustvene reakcije. Na začetku poroda najpogosteje odreagirajo s presenečenjem (predvsem prvorodke), kasneje pa si prizadevajo spopadati se s popadki. To zahteva od žensk koncentracijo, ki pa postaja z naraščanjem pogostosti in jakosti popadkov vse težja. Ob koncu poroda lahko postanejo vznemirjene, težje obvladljive in nedojemljive za nasvete babice ali porodničarja (Reuwer, et al., 2009). Številne študije (Helman, 2007; Šimenc, 2008) kažejo, da je lahko odziv na bolečino kulturno in družbeno-ekonomsko pogojen.

Na to, kako huda bo bolečina ob enakih telesnih vzrokih, vpliva mnogo dejavnikov: potek in trajanje poroda; pri prvorodkah strah pred neznanim in poslušanje govoric; pri mnogorodkah pretekle porodne izkušnje (Pajntar, 2004). Na vedenje in odzive porodnice na bolečino bistveno vplivajo tudi osebna prepričanja in vrednote, predvsem pa sposobnost prenašanja bolečine (Marin, 2009). Študije so tudi pokazale, da se lahko bolečinskega vedenja priučimo z raznimi vedenjskimi modeli že v zgodnjem otroštvu (Šimenc, 2008). To potrjuje tudi Pajntar (2004), ki pravi, da pripovedovanje mater in drugih žensk o grozotah poroda in trpljenju vceplja mlajšim deklicam predstavo o bolečini, ki jo bo doživela med porodom.

Že davnega leta 1933 je v Angliji G. D. Read začel propagirati tako imenovani »naravni porod«. Po njegovi teoriji je strah tisti dejavnik, ki pri porodu ovira naravno dogajanje, saj povzroča psihično in mišično napetost. Mišična napetost, ki namreč nastane tudi v materničnem vratu, povzroči krč in posledično bolečino. Pojav strahu naj bi bil posledica civilizacije in kulture. Read je s svojo metodo nosečnice skušal duševno in telesno sprostiti. Duševno jih je sproščal z razlago poroda kot naravnega dogajanja, s prikazovanjem lepote

materinstva in stalnim osebnim vplivom na duševnost žensk. Po njegovi metodi je v Sloveniji leta 1955 prim. dr. Lea Ozimič – Trampuž na Ginekološki kliniki v Ljubljani začela poučevati nosečnice. Prepričana je bila, da so tečajnice rodile z manj bolečinami, bile so bolj mirne in disciplinirane, porodne sobe so postale tišje. Skrajšal se je tudi povprečni čas trajanja poroda (Oberstar, 2011). Tudi Gaskin (2007) meni, da je dojemanje in prenašanje porodne bolečine odvisno od ustrezne priprave na porod. Če ženska doživlja nosečnost in porod kot nekaj lepega, božanskega in v sebi za to izkušnjo občuti hvaležnost ter preko svojega telesa razume modrost narave, bo pri porodu bolj sproščena, saj se bo sproščalo več endorfinov, naravnih opiatov. Namesto, da se svojega telesa boji, mu naj zaupa, pri čemer na tem področju pripisuje ključno vlogo babicam.

Poudariti je potrebno, da sama bolečina ne vpliva na interpretacijo porodne izkušnje. To pomeni, da ni nujno, da kljub doživeti intenzivni porodni bolečini ženska doživlja porodno izkušnjo kot negativno, še zlasti takrat ne, kadar je končni izid te preizkušnje ugoden – zdrav novorojenček in zdrava mati. Na interpretacijo porodne izkušnje vplivajo zlasti osebna pričakovanja, podpora osebja, kakovost odnosa osebja in možnost sodelovanja porodnice pri sprejemanju odločitev (Wagner Kovačec, 2010).

Gaskin (2007) navaja, da lažje prenašajo porodno bolečino ženske, ki se med porodom gibljejo, ki imajo nemoten dostop do hrane in pijače in katerih porod ni pretirano stimuliran ali induciran.

Pušenjak (2012; cit. in Kotnik, 2012) svetuje novodobnim nosečnicam naj se izognejo brskanju po spletu, namesto tega naj najdejo svoj notranji mir in zaupajo, da bodo zmogle vse kar je pri porodu potrebno. Za zadostno samozavest in zaupanje je najprej potrebna dobra samopodoba, jasna predstava o svojem telesu in njegovih sposobnostih ter jasna želja podariti življenje svojemu otroku, ne glede na morebitne žrtve, ki so pri tem včasih neizogibne.

Lajšanje porodne bolečine

Poznani so nefarmakološki in farmakološki načini lajšanja porodne bolečine. Med nefarmakološke načine lajšanja porodne bolečine spadajo različne oblike psihološke podpore: različne tehnike sproščanja, meditacije, preusmerjanje pozornosti in vizualizacija (metoda po Lamazu, Bradleyeva metoda, hipnoza) in senzorne stimulacije (masaža, toplotna stimulacija (polaganje hladnih/toplih obkladkov na periuretralno področje ali na spodnji del trebuha), hidroterapija, spreminjanje položaja porodnice, akupunktura, akupresura, transkutana električna živčna stimulacija (TENS), aromaterapija, avdioanalgezija in drugo). Med farmakološke načine lajšanja porodne bolečine sodijo: parenteralna aplikacija opiatov,

sistemska intravenska analgezija, uporaba inhalacijskih anestetikov in uporaba področne analgezije (Holmes & Baker, 2006; Charles, 2009; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2014; Pavlovič, et al., 2015). Žal ni noben način lajšanja porodne bolečine optimalen in enako dobro sprejet s strani porodnice in osebja (Pleško Mlakar, 2009).

NICE (2014) od nefarmakoloških metod lajšanja porodne bolečine priporoča v latentni fazi poroda zlasti tehnike dihanja, hidroterapijo in masažo. Zdravstveno osebe tekom napredujočega poroda naj ne ponuja aromaterapije, akupunkture, akupresure, hipnoze in joge (potrebnih je več študij o njihovem učinku na porod) razen, če je to izrecna želja porodnice in, če jih lahko opravljajo usposobljeni strokovnjaki. Odsvetovana je uporaba TENS-a.

Terapevtski učinki vode na telo so znani in v uporabi že stoletja (Prosen & Čelhar, 2015). Količina vode v kadi naj bi bila tolikšna, da materi sega do dojk (Weaver, 2014). Temperatura vode ne sme presegati 37,5 °C in mora biti beležena vsakih 15 minut. Potrebni so strogi higienski ukrepi za vzdrževanje čistoče kadi. Prepovedana je uporaba masažnih kadi (NICE, 2014). Za lajšanje bolečin v vodi mora biti porodnica ob običajnih preiskavah v nosečnosti testirana na hepatitis C in HIV, opravljen mora imeti bris vagine in rektuma na *Streptococcus agalactiae*, saj obstaja povečano tveganje za prenos okužbe na babico in novorojenčka. Študije dokazujejo, da je hidroterapija povezana z visoko stopnjo zadovoljstva z lajšanjem porodne bolečine in na splošno s celotno porodno izkušnjo, zmanjšanim številom epiziotomij in raztrganin presredka (Nutter, et al., 2014). V porodnišnicah, kjer nimajo kadi, se priporoča tuširanje s toplo vodo. Poleg fizičnih, psihičnih in higienskih učinkih hidroterapije, je to tudi finančno sprejemljiva metoda lajšanja bolečine (Lee, et al., 2013).

Študije dokazujejo (Holmes & Baker, 2006; Charles, 2009; NICE, 2014; World Health Organisation [WHO], 2018), da je nefarmakološko lajšanje porodnih bolečin najbolj primerno v latentni fazi in na začetku aktivne faze poroda, kasneje pa ne zmanjšuje intenzitete bolečine, bistveno ne skrajšuje trajanja poroda, ne vpliva na oceno novorojenčka po Apgarjevi. Pomembno pa vpliva na boljšo sproščenost in psihično počutje porodnice in zmanjšanje tesnobe med porodom ter boljšemu navezovanju stika z babico. Te metode lajšanja bolečin omogočajo ženski sodelovanje v poteku poroda, stalno prisotnost babice in pozitivno porodno izkušnjo. Po mnenju Chapman & Charles (2009) je vsaka babica, ki skrbi za rojevaljočo žensko lahko samostojna pri izbiri nefarmakološkega načina lajšanja bolečin.

Proti koncu prve porodne dobe in v času druge porodne dobe so številne raziskave (NICE, 2014; WHO, 2018) dokazale, da je najbolj učinkovita metoda lajšanja porodne bolečine metoda področne analgezije (epiduralna analgezija, kombinirana spinalno - epiduralna analgezija, subarahnoidalna analgezija). To potrjuje tudi raziskava v mariborski porodnišnici,

ki jo je izvedla Marin (2009) in z dobljenimi rezultati dokazala, da parenteralna uporaba narkotičnih sredstev (petidina) in opiatov (tramadola) tekom poroda bistveno ne zmanjša intenzitete porodne bolečine. Aplikacija omenjenih analgetičnih sredstev pogosto povzroča vrtooglavo, slabost in bruhanje. Zlasti Petidin ima dolgo razpolovno dobo in lahko povzroča kasnejšo supresijo dihanja pri novorojenčku (NICE, 2014).

Ena izmed najbolj zaželenih metod lajšanja bolečin med porodom je epiduralna analgezija (EA). Je invazivni poseg v telo, kljub temu pa sodi med učinkovite in varne metode lajšanja bolečin. Doseže se z vstavitvijo katetra v ledveni del epiduralnega prostora. Po katetru se lahko dovaja lokalni anestetik z opioidom ali brez njega. Možni so sledeči stranski učinki: mravljinčenje v nogah, oslabljen mišična moč, padec krvnega tlaka, slabost, bruhanje in srbečica. Redko se lahko pojavijo zapleti, kot je glavobol po porodu, neuspešna analgezija, ponovno vstavljanje epiduralnega katetra, včasih pa se lahko zgodi, da katetra ni mogoče vstaviti. EA ni primeren način analgezije za vse porodnice in se ne izvaja pri tistih, ki imajo alergije na zdravila, ki se uporabljajo pri EA (lokalni anestetiki, opioidni analgetiki), pri motnjah v strjevanju krvi, pri infekciji v bližini vbodnega mesta, hudih vnetnih stanjih, nekaterih živčno-mišičnih obolenjih in pri močnejši krvavitvi iz rodim (Pavlovič, et al., 2015). Na podlagi literature (NICE, 2014; WHO, 2018) in kliničnih izkušenj iz slovenskih porodnišnic (Sirc & Bergant, 2015) EA naj ne bi vplivala na stanje ploda in novorojenčka, prav tako ne na odstotek carskih rezov. Dokazano pa podaljšuje drugo porodno dobo; večji je tudi delež instrumentalno dokončanih vaginalnih porodov. Prav tako je potreben kontinuiran nadzor porodnice (merjenje vitalnih funkcij: krvnega pritiska, pulza, saturacije) in plodovih srčnih utripov ter nastavitev periferne venske poti (NICE, 2014).

Vloga babice pri lajšanju porodne bolečine

Vloga babice pri lajšanju porodne bolečine je neprecenljiva. Začela naj bi se že v predporodnem obdobju, saj je babicam v okviru zakonskih določb dovoljeno opraviti pet pregledov žensk, katerih nosečnost je ne tvegana. Obravnava nosečnic v tako imenovanih babiških ambulantah omogoča babicam, da žensko spoznajo že v času nosečnosti, s tem pa tudi vse njene strahove, želje, potrebe in pričakovanja glede poroda (Mivšek, 2011; Sfiligoj, et al., 2017). Cimermančič (2012) poudarja, da mora babica skrbeti za pozitivno osebnostno in strokovno podobo. V praksi to pomeni, da mora biti sposobna sprejemati samo sebe in druge, gojiti mora spoštovanje do žensk in njihovih družin ter biti pripravljena na kompromise. Odlikovati jo mora razsodnost, etična strpnost, zanesljivost, kreativnost, moralna odgovornost, odločnost v določenih situacijah za doseganje optimalnega cilja. Sposobna mora biti za opazovanje obnašanja žensk, jih humano obravnavati in jim nuditi čustveno

oporo. Gaskin (2007) je mnenja, da ravnanje babice med porodom vpliva na porodnično doživljanje bolečine. Pomembno je, da je babica tekom poroda umirjena, uporablja mirne kretnje in pomirjujoče besede.

Bolečina je subjektivni občutek, zato jo mora babica ocenjevati in lajšati individualno. Za uspešno lajšanje bolečine je potrebno dobro opazovanje porodnice, zgodnje in pravilno ocenjevanje bolečine in nadzorovanje njenega lajšanja. To zahteva stalno. Prav tako mora babica dobro poznati analgetike in njihove morebitne stranske učinke (Ternik, 2014).

Po splošnih priporočilih Gosenice s sodelavci (2016) naj bi babice upoštevale dojemanje bolečine uporabnic, pri določanju stopnje bolečine naj si pomagajo s slikovno bolečinsko lestvico. Nikoli naj ne zgolj predvidevajo, da ženska želi ali ne želi obvladovanja ali lajšanja bolečin, pač pa se je o tem potrebno pozanimati pri vsaki posameznici; potrebno ji je razložiti zakaj se predlaga obvladovanje in lajšanje bolečin ali zakaj morda le-to ni potrebno. Ženske je potrebno spodbuditi, da izrazijo svoje pomisleke in želje. Vsaki posameznici je potrebno dati možnost, da se sama odloči, ali si želi lajšanja bolečin ali ne. Babica naj bi znala predstaviti porodnici vse možnosti (ne le zdravil) in prednosti ali slabosti vsakega načina obvladovanja bolečin; pri tem ne sme dovoliti, da bi na njeno presojlo vplivali stereotipi. Pomembno je, da ima porodnica ves čas možnost izbire: če se za obvladovanje in lajšanje bolečine ne odloči takoj, mora imeti vedno možnost, da to vendarle dobi, če ugotovi, da to potrebuje.

Razprava

Najboljša metoda lajšanja porodne bolečine je ta, ki je učinkovita, varna in s čim manj stranskimi učinki tako za porodnico kot za še nerojenega otroka. Idealne metode lajšanja porodne bolečine, ki bi bila primerna za vse porodnice ni. Babice imajo v okviru šol za starše pomembno vlogo pri pripravi porodnic na porod in seznanjanju le-teh z nefarmakološkimi načini lajšanja porodne bolečine. Prav je, da se v šolo za starše vključujejo tudi anesteziologi, ki nosečnice seznanjajo s farmakološkimi načini lajšanja porodne bolečine (zlasti si ženske želijo informacij o epiduralni analgeziji), kakor tudi z dotičnimi nefarmakološkimi postopki (informacije o akupunkturi in akupresuri v nosečnosti).

Glede na to, da različne ženske doživljajo bolečino različno bi bilo nespametno »promovirati« samo dotično metodo lajšanja porodne bolečine. Dopustiti je potrebno, da se vsaka porodnica glede na dobljene informacije in danih razmer tekom poroda sama odloči in izbere metodo za katero meni, da je najbolj primerna zanjo. Za babiško delo pomeni to nenehno individualno prilagajanje posamezni porodnici in konec delovanja po »ustaljenem« vzorcu.

Uporaba nefarmakoloških sredstev od babic v porodni sobi zahteva večjo angažiranost in dalj časa trajajočo prisotnost ob porodnici, kar pa je pravzaprav smisel babiškega dela, saj beseda „midwife“ v dobesednem prevodu pomeni »biti z žensko«. Model »one to one« (ena babica – ena porodnica) je priporočen model dela v klinični praksi, ki bi ga moral zagotoviti najvišji management bolnišnic (NICE, 2014; WHO, 2018). Raziskave v Sloveniji (Simončič, 2018) kažejo, da si ženske želijo več samoiniciativnosti iz strani svojih babic glede porodnih položajev in razlage tehnik predihovanja porodnih popadkov ter načinov lajšanja porodne bolečine. Zaskrbljujoč pa je podatek, da so si ženske želele več prisotnosti njihove babice tekom prve porodne dobe, le-ta naj bi večino časa bila tekom prve porodne dobe odsotna in naj bi sledila dogajanju poroda in stanju ploda zgolj s pomočjo kardiotokografije in ne s fizično prisotnostjo ob porodnici. Rezultati kažejo, da je obravnava porodnic še vedno bolj usmerjena v zadovoljevanje fizičnih potreb in manj psihičnih potreb porodnic med porodom.

Iz načina prenašanja bolečine in dihanja porodnice lahko zdravstveno osebje sklepa v kateri fazi poteka porod in ali poteka normalno ali ne. Takšno prepričanje je lahko hudo zmotno in celo nevarno, saj različne ženske dojemajo porodno bolečino različno in se razlikujejo po svojih potrebah in željah po lajšanju porodne bolečine (Kotnik, 2012). Vsaka babica mora redno slediti sodobnim trendom in potrebam porodnic. Od babic se na nek način pričakuje, da bodo tekom poroda delovale kot podporni steber ženski, ki rojeva, saj je ob normalno potekajočem porodu to oseba, ki preživi z njo največ časa. Po mnenju Skubic & Mivšek (2011) so ženske vse bolj dejavne uporabnice, želijo objektivne in znanstveno dokazane informacije. Svetuje se, da se priprave na porod in starševstvo izvajajo v manjših skupinah z namenom, da babica prepozna individualne potrebe tečajnikov ter omogoča diskusijo. Žal trenutna organiziranost zdravstvene službe v Sloveniji ne dopušča, da bi babice izvajale tako imenovano kontinuirano babiško skrb. Tako se babica in ženska najpogosteje prvič srečata šele v porodni sobi. Mnogokrat je pogovor o načinu lajšanja porodne bolečine takrat otežen, še posebej, če ženska pride v porodno sobo v aktivni fazi poroda z že rednimi in močnimi popadki.

Med nefarmakološkimi metodami se v Sloveniji več pozornosti namenja hidroterapiji. Opremljenost porodnih sob se je v večini porodnišnic spremenila in je primerljiva z opremljenostjo v drugih evropskih državah (Avstrija, Nemčija, Nizozemska, Švedska ...). Kar se je včasih ponujalo kot možnost „alternativnega“ načina lajšanja porodnih bolečin, se danes smatra kot del normalne babiške in porodniške prakse. V mnogih porodnih sobah so nameščene kadi, blazine, stropni trakovi, ki povečini služijo za relaksacijo ženske in lažjega prenašanja bolečine v času prve porodne dobe.

Pri farmakološkem načinu lajšanja porodnih bolečin je babicam zelo pomembno dobro sodelovanje s porodničarjem in anesteziologom. Zaželeno je, da so navodila za dajanje analgetičnih sredstev iz strani porodničarja jasna, čitljivo napisana in ustrezno dokumentirana. Dobrodošlo je tudi, da v primeru aplikacije anestetikov po epiduralnem katetru, anesteziolog pripravi analgetično mešanico na podlagi ocene babice ali porodničarja (ustrezne informacije o odprtosti in debelini materničnega ustja, položaju vodilnega plodovega dela, oceni tolerance na bolečino ipd.) in da aplikacija ni „rutinska“ za vse porodnice enako.

V Sloveniji se povečuje zanimanje žensk za epiduralno analgezijo. Sprva iz strani babic in porodničarjev ni bila dobro sprejeta. Z kasnejšim dobrim sodelovanjem in izobraževanjem babic in porodničarjev z anesteziisti, se je pogled na lajšanje porodne bolečine spremenil. Danes lahko z gotovostjo trdimo, da nas k drugačnemu gledanju na porodno bolečino poleg strokovnega znanja zavezuje tudi dejstvo, da je lajšanje kakršnekoli bolečine temeljna pravica vsakega človeka, ki vstopa v zdravstveno ustanovo, posledično temu tudi temeljna pravica vsake ženske, ki rojeva v porodnišnici. Nepojmljivo je dejstvo, da adekvatno lajšanje porodne bolečine ni zagotovljeno zaradi pomanjkanja finančnih sredstev ali kadrovskega primanjkljaja.

Zaključek

Dostopnost in organizacija lajšanja porodne bolečine v Sloveniji ni organizirana enotno in ni enako dostopna vsem porodnicam. Problem ni samo v pomanjkanju anesteziologov, temveč tudi v dojemanju in interpretaciji porodne bolečine tako politikov (države) kakor tudi nekaterih zdravstvenih delavcev. Neetično, nemoralno in nedopustno je, da v tretjem tisočletju ob vsem veličastnem napredku medicine in znanosti, ženske, ki iz najrazličnejših vzrokov ne zmorejo »stojično« prenašati porodne bolečine, v nekaterih porodnišnicah nimajo možnosti izbirati sebi najustreznejšega načina lajšanja bolečine. Epiduralna analgezija je namreč v kar nekaj slovenskih porodnišnicah dosegljiva le petičnim, elitnim porodnicam ali pa samo ob točno določenem času in na podlagi poznanstva z anesteziologom.

Vsaka babica mora biti zagovornica in zaščitnica žensk in njene ožje družine. K temu jo zavezuje poklicna dolžnost in Kodeks etike za babice. Da lahko samostojno in suvereno deluje na področju nefarmakološkega lajšanja porodne bolečine, mora biti zato ustrezno usposobljena in seznanjena s primernostjo uporabe posameznih metod, empatična in intuitivna. Je ključna oseba pri prepoznavanju in pravočasnem obveščanju porodničarja in anesteziologa v primeru težjega prenašanja porodne bolečine porodnice. Poudariti je potrebno, da lahko le babica s širokim spektrom znanj v odnosu do porodnice adekvatno, profesionalno in individualno izvaja kontinuirano babiško skrb s poudarkom na opolnomo-

čenju ženske, ki rojeva. Skupaj z ostalimi člani zdravstvenega tima lahko veliko pripomore k doseganju odlične porodne izkušnje porodnic, pri čemer mora zdravstvenemu osebu biti jasno, da je lajšanje porodne bolečine božansko delo in nikakor ne sme biti privilegij, temveč pravica vsake rojevajoče ženske.

Literatura:

Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F. & Joergensen J. S., 2012. Risk factors for developing post - traumatic stress disorder following childbirth a systematic review. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 91(11), pp. 1261-1272.

Bergant, J., Sirc, T., Lučovnik, M., Verdenik, I. & Stopar Pintarič, T., 2016. Obporodna analgezija in izidi porodov v Sloveniji: retrospektivna analiza porodov v obdobju 2003–2013. *Zdravstveni Vestnik*, 85(2), pp. 83–91.

Chapman, V. & Charles, C. eds. 2009. *The midwives labour and birth handbook*. 2nd ed. Oxford; Malden: Wiley-Blackwell

Charles, K., 2009. *Labour and normal birth*. In: Chapman, V. & Charles, C. eds. *The midwives labour and birth handbook*. 2nd ed. Oxford; Malden: Wiley-Blackwell, pp. 1-17.

Cimermančič, J., 2012. Vloga babice pri izvajanju babiške nege, njena pristojnost in odgovornost. In: Berkopec, M. ed. 4. dnevi Marije Tomšič – Odgovornost v zdravstveni negi, Dolenjske Toplice, 19. in 20. januar 2012. Novo Mesto: Splošna bolnišnica: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo Mesto in Visoka šola za zdravstvo, pp. 80-87.

Ding, T., Wang, D. X., Qu, Y., Chen, Q. & Zhu, S. N., 2014. Epidural Labor Analgesia Is Associated with a Decreased Risk of Postpartum Depression: A Prospective Cohort Study. *Anesthesia and analgesia*, 119(2), pp. 383-392.

Drglin, Z., 2011. Za zdrav začetek: šola za starše - priprava na porod in starševstvo kot del vzgoje za zdravje : teoretična izhodišča, izvedbeni in metodološki predlog. Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 19-20.

Evans, S., 2015. Genders experience pain differently and women have it more. Available at: <https://bodyinmind.org/genders-experience-pain-differently/> [4.11.2019].

Gaskin, I. M., 2007. Modrost rojevanja. Ljubljana: Sanje, pp. 236-256.

Gosenica, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, M. & Lipovec Čebren, U., 2016. Nekateri drugi kulturni vidiki zdravstvene obravnave. Bolečina. In: Bofulin, M., et al., eds. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 97-109.

Heesen, M. & Veaser, M., 2012. Analgesia in Obstetrics. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*; 72, pp. 596-601.

Helman, C. G., 2007. *Culture, Health and Illness*. 5th ed. London: Hodder Arnold.

Holmes, D. & Baker, P. N., 2006. *Midwifery by ten teachers*. London: Hodder Arnold, Oxford University Press, pp. 235-238.

Hrga, K., 2013. Lajšanje porodne bolečine z epiduralno analgezijo: diplomsko delo visokošolskega študija. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 4-7.

Jošt, A., 2016. Lajšanje porodne bolečine z remifentanilom in analiza modeliranja tarčnih koncentracij: doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, pp. 12-18.

Kotnik, M. M., 2012. Nasveti za lažji in hitrejši porod – pogovor z mag. Stankom Pušenjakom. Available at: <http://www.viva.si/Ginekologija-in-porodnistvo/8574/> [24.11.2019].

Lee, S. L., Liu, C. Y., Lu, Y. Y. & Gau, M. L., 2013. Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *Journa of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(1), pp. 19-28.

Marin, E., 2009. Lajšanje porodne bolečine. In: Brumen, M., et al. eds. *Kakovost v zdravstveni in babiški negi - odgovorni, kompetentni in inovativni zaposleni: zbornik predavanj in posterjev*. 2. znanstveni simpozij z mednarodno udeležbo. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 239-249.

Marušič Gaser, K. & Vrečič Slabe, S., 2015. Vloga remifentanila pri lajšanju bolečine med porodom. In: Mujezinović, F. ed. *Lajšanje bolečine pri porodnici in novorojenčku: zbornik predavanj z recenzijo*. 16. Novakovi dnevi, XXIII Strokovni sestanek ZPMS, 50 let Porodnišnice Nova Gorica, Nova Gorica 22. in 23. maj 2015. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino, pp. 26-30.

Mivšek, A. P., 2011. Sodelovanje s porodno bolečino. In: Skela Savič, B., et al., eds. *Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potrebe pacientov in znanj: zbornik predavanj z recenzijo*. 4. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu. Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 473-483.

National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2014. *Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline. Pain relief in labour*. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557> [4.11.2019].

Nutter, E., Shaw–Battista, J. & Marowitz, A., 2014. *Waterbirth Fundamentals for Clinician: Resources for Clinicians*. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 59(3), pp. 286-319.

Oberstar, B., 2011. 55 let šole za starše na Ginekološki kliniki v Ljubljani. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 45(2), pp. 152-155.

Pajntar, M., 2004. Lajšanje porodne bolečine. In: Pajntar, M. & Novak Antolič, Ž. eds. *Nosečnost in vodenje poroda*. Ljubljana: Cankarjeva založba, pp. 129-135.

Pavlovič, G., Brunček Gostenčnik, S. & Marn Skok, S., 2015. Porodna analgezija – področne tehnike. In: Mujezinović, F. ed. *Lajšanje bolečine pri porodnici in novorojenčku: zbornik predavanj z recenzijo*. 16. Novakovi dnevi, XXIII Strokovni sestanek ZPMS, 50 let Porodnišnice Nova Gorica, Nova Gorica 22. in 23. maj 2015. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino, pp. 106-113.

Pleško Mlakar, A., 2009. Lajšanje porodne bolečine v Sloveniji. Available at: <https://vdocuments.mx/lajsanje-porodne-bolecine-v-sloveniji-labour-pain-relief-in-slovenia.html> [04.11.2019].

Pirdel, M. & Pirdel, L., 2009. Perceived Environmental Stressors and Pain Perception During Labor Among Primiparous and Multiparous Women. *Journal of reproduction & infertility*, 10(3), pp. 217–223.

Poličnik, A., 2015. *Metode lajšanja porodne bolečine: diplomsko delo visokošolskega študija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, p. 2.

Prosen, J. & Čelhar, J., 2015. In: Mujezinović, F. ed. *Lajšanje bolečine pri porodnici in novorojenčku: zbornik predavanj z recenzijo*. 16. Novakovi dnevi, XXIII Strokovni sestanek ZPMS, 50 let Porodnišnice Nova Gorica, Nova Gorica 22. in 23. maj 2015. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino, pp. 80-86.

Reuwer, P., Bruinse, H. & Franx, A., 2009. *Proactive Support of Labour. The Challenge of Normal Childbirth*. Cambridge University Press, pp. 150 – 175.

Rozman, A., 2015. Sodobna področna porodna analgezija in njen vpliv na izhod poroda. In: Mujezinović, F. ed. *Lajšanje bolečine pri porodnici in novorojenčku: zbornik predavanj z recenzijo*. 16. Novakovi dnevi, XXIII Strokovni sestanek ZPMS, 50 let Porodnišnice Nova Gorica, Nova Gorica 22. in 23. maj 2015. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino, pp. 9-20.

Saisto, T. & Halmesmaki, E., 2003. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 82(3), pp.201-208.

Sfiligoi, B., Zupan, K., Trifoni, N. & Strgar Ravnik, M., 2017. Predstavitev dela diplomirane babice, kot avtonomne in kompetentne osebe v Splošni bolnišnici Jesenice. In: Majcen Dvoršak, S., et al., eds. *Medicinske sestre in babice – ključne za zdravstveni sistem [Elektronski vir]: zbornik prispevkov z recenzijo*. 11. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 27. in 29. november 2017. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic. pp. 173-181.

Simončič, U., 2018. *Vloga in lastnosti babice v porodni sobi: perspektiva prvorodnic: diplomsko delo visokošolskega študija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 25-29.

Sirc, T. & Bergant, J., 2015. Vpliv načina porodne analgezije na izid poroda v Sloveniji. In: Mujezinović, F. ed. Lajšanje bolečine pri porodnici in novorojenčku: zbornik predavanj z recenzijo. 16. Novakovi dnevi, XXIII Strokovni sestanek ZPMS, 50 let Porodnišnice Nova Gorica, Nova Gorica, 22. in 23. maj 2015. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino, pp. 133-135.

Skubic, M. & Mivšek, A. P., 2011. Izzivi za kakovostno izobraževanje v pripravi na porod in starševstvo. *Andragoška Spoznanja*, 17(3), pp.40-51.

Srivastava, R. H., 2007. *The Healthcare Professional's Guide to Clinical Cultural Competence*. Toronto: Elsevier, pp. 231.

Šimenc, J., 2008. Anatomija bolečine - kaj pravi medicinska antropologija. *Etnolog*, 18(69), pp. 145-166

Ternik, J., 2014. Lajšanje porodne bolečine s pomočjo epiduralne analgezije: specialistično delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, p. 2.

Trošt, D., 2016. Porodna analgezija in anestezija. In: Takač, I., et al., eds. *Ginekologija in perinatologija*. Maribor: Medicinska fakulteta, pp. 602-608.

Wagner Kovačec, J., 2010. Porodna epiduralna analgezija: vpliv na plod, novorojenčka in na potek poroda. In: Čeh, A., et al eds. *Zdravje žensk in babištvo: zbornik predavanj*. Šempeter pri Gorici: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester – babic, pp. 55-58.

Weaver, M. H., 2014. *Water Birth in Hospital Settings*. *Nursing for Women's Health*, 18(5), pp. 365-369.

Wisner, K. L., Stika, C. S. & Clark, C. T., 2014. Double Duty: Does Epidural Labor Analgesia Reduce Both Pain and Postpartum Depression? *Anesthesia and analgesia*, 119(2), pp. 219-221.

Woo, J. H., Kim, J. H., Lee, G. J., Baik, H. J., Kim, Y. J., Kyung Chung, R., et.al., 2015. The degree of labor pain at the time of epidural analgesia in nulliparous women influences the obstetric outcome. *Korean journal of anesthesiology*, 68(3), pp. 249–253.

World Health Organisation [WHO], 2018. *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*, pp. 4-159

Zakšek, T. & Grmek, S., 2011. Porod z uporabo epiduralne analgezije ali kombinirane spinalno – epiduralne analgezije: babiška praksa v Bolnišnici Postojna. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 45(2), pp. 129-134.



Doc. dr. Andreja Möller Petrun,

specialistka anesteziologije z reanimatologijo je leta 2007 diplomirala na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Istega leta se je na Medicinski fakulteti v Mariboru vpisala na doktorski študij Biomedicinska tehnologija, ki ga je zaključila v letu 2013.

Kot specialistka anesteziologije in reanimatologije je od leta 2017 zaposlena v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor, na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin.

Opravila je evropski izpit iz anesteziologije in intenzivne medicine (DESA) pod okriljem Evropskega združenja anesteziologov (ESA) v Erlangenu.

Od leta 2014 je inštruktor Evropskega združenja za reanimacijo (ERC), od 2019 pa slovenska predstavnica v ESA (Council member of ESA).

Leta 2019 je bila izvoljena v naziv docentka za področje anesteziologije z reanimatologijo na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru. Pred tem je bila od januarja 2014 asistentka z doktoratom za isto področje, na fakulteti pa je vodila tudi vaje iz predmeta Prva pomoč in Kirurgija.

Lajšanje akutne pooperativne bolečine - vidik anesteziologa

Doc. dr. Andreja Möller Petrun

Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za anesteziologijo,
intenzivno terapijo in terapijo bolečin

Izvleček

Lajšanje akutne pooperativne bolečine je kljub učinkovitim metodam, ki so na voljo, v praksi še vedno pogosto nezadostno. Ena od težav je ustrezno ocenjevanje bolečine, druga pa pravočasno in pravilno odmerjanje ustreznih analgetikov. Moderen pristop je tako imenovana multimodalna analgezija, ki poleg kombinacije zdravil z različnimi prijemališči vključuje tudi regionalno anestezijo in nemedikamentozne tehnike.

Ključne besede: *akutna pooperativna bolečina, analgetiki, regionalna anestezija*

Uvod

Vsak kirurški poseg, pa naj bo še tako majhen, povzroči kontrolirano poškodbo različnih tkiv. Posledica je akutna bolečina. Ker bolečina ni odvisna le od same poškodbe tkiva, ampak tudi od številnih drugih psihosocialnih dejavnikov, je ni vedno enostavno objektivno ocenjevati. Slabo zdravljena akutna pooperativna bolečina je eden od pomembnih dejavnikov tveganja za kronifikacijo bolečine. Po podatkih iz literature se kronična bolečina pojavlja v 3 – 80 %, odvisno od vrste operacije in številnih drugih dejavnikov (Visser, 2009).

Za zdravljenje akutne pooperativne bolečine uporabljamo tako imenovano multimodalno analgezijo (Buvanendran & Kroin, 2009). Kar pomeni, da hkrati kombiniramo zdravila z različnimi prijemališči. Vrsto, odmerke in kombinacije zdravil ter zaporedje njihovega odmerjanja vedno določi lečeči zdravnik. Pomemben del predoperativne priprave bolnika je pogovor o pooperativni bolečini ter načinih njenega lajšanja. Anesteziolog se poleg načrta za pooperativno analgezijo pred operacijo skupaj z bolnikom odloči še za morebitno regionalno tehniko, če je to primerno. Dodatno se v določenih ustanovah poslužujejo tudi različnih dopolnilnih tehnik, ki ne vključujejo zdravil (npr. akupunktura, akustimulacija, tehnike

sproščanja, hipnoza, masaža, tehnike preusmerjanja pozornosti ...). V UKC Maribor omenjenih alternativnih tehnik lajšanja bolečine zaradi pomanjkanja znanja in kadra zaenkrat ne izvajamo rutinsko. Prednost multimodalnega pristopa naj bi bilo boljše obvladovanje bolečine z manjšimi odmerki posameznih zdravil. S tem teoretično zmanjšamo možnost pojava in stopnje izraženosti neželenih učinkov. Hkrati povečamo možnost medsebojnih interakcij zdravil, zaradi česar je še posebej pomembno dobro poznavanje posameznih učinkovin in potencialnih interakcij z drugimi zdravili, ne le analgetiki!

Ocenjevanje bolečine

Za učinkovito lajšanje vsake bolečine je potrebna dobra ocena intenzitete, narave, lokalizacije bolečine ter povezanost bolečine s premikanjem oziroma osnovnimi življenjskimi potrebami. Obstaja veliko različnih enodimenzionalnih lestvic, od katerih sta najbolj poznani tako imenovana vizualna analogna skala (VAS) in numerična lestvica (angl. »numeric rating scale«) (Ferreira-Valente, et al., 2011). Zaradi velikega vpliva subjektivnega doživljanja bolečine in njene večdimenzionalnosti univerzalne lestvice ni. **Prvo pravilo je: bolniku je treba verjeti!** Že pri budnem in dobro sodelujočem bolniku ocenjevanje bolečine pogosto ni enostavno, še težje je pri bolnikih z moteno zavestjo, demenco, duševno prizadetih in otrocih v predšolskem obdobju. Ker poglobljen opis ocenjevanja bolečine presega ta prispevek, naj omenim samo premik v ocenjevanju bolečine od klasičnih lestvic k modernejšemu pristopu. Gre za tako imenovan »Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA) tool«, katerega sestavni deli so prikazani v tabeli 1. Z omenjenim orodjem naj bi se ojašalo sporazumevanje med bolnikom z bolečino ter osebjem, ki zanj skrbi. Z uporabo ocenjevanja bolečine z različnih zornih kotov naj bi se zmanjšalo nezadovoljstvo na obeh straneh: bolnik ima bolje obvladano bolečino, osebje pa je bolj zadovoljno, ker je delo učinkovito opravljeno. Več je možno prebrati v članku Twininga & Padula (2019).

Tabela 1: CAPA, Clinically Aligned Pain Assessment, tool. Prirejeno po University of Utah Hospital and Clinics/Department of Anesthesiology (Gordon, 2015)

Področje	Odgovor
<i>Udobje</i>	neznosno
	znosno z velikim neudobjem
	relativno udobje, ki se ga da izboljšati
	zanemarljiva bolečina
<i>Sprememba bolečine</i>	bolečina postaja hujša
	bolečina se ne spreminja
	bolečina se zmanjšuje
<i>Lajšanje bolečine</i>	nezadostno
	delno
	zadostno
<i>Funkcioniranje</i>	bolečina mi preprečuje, da delam karkoli
	bolečina me ovira pri večini potrebnih opravil
	počnem lahko večino stvari, pri določenih se pojavi bolečina
	nemoteno lahko počnem karkoli
<i>Spanje</i>	večino noči ne spim zaradi bolečin
	občasno me bolečina zbudi
	normalno spim

Regionalna anestezija/analgezija

Lokalni anestetiki (LA) so zaradi svojega mehanizma delovanja edina zdravila, ki lahko popolnoma preprečijo pojav bolečine (Curatolo, 2016). Glavni razlog za uporabo regionalne anestezije je, da je učinkovitejša od sistemske analgezije, če izberemo pravilno tehniko in jo ustrezno izvedemo. V smernicah ameriškega združenja za bolečino (APS), ameriškega združenja za regionalno anestezijo in bolečino (ASRA) ter ameriškega anesteziološkega združenja (ASA) iz leta 2016, ki temeljijo na temeljitem pregledu obstoječe literature, najdemo sledeča priporočila (Choi & McCartney, 2016):

- močno je priporočena uporaba regionalne anestezije pri odraslih in otrocih, če je le možno,

- šibkejša je priporočila glede uporabe infiltracije rane z LA, je manj učinkovita tehnika v primerjavi z regionalno anestezijo,
- močno je priporočena uporaba kontinuirane infuzije LA, če pričakovano trajanje presega učinkovanje enkratnega odmerka LA (angl. »single shot«),
- močno je priporočena uporaba epiduralne analgezije (zlati standard) pri velikih operacijah v prsnem košu ali trebušni votlini, še posebej pri bolnikih s tveganjem za srčno-žilne in pljučne zaplete, ter možnostjo pojava ileusa po operaciji.

Epiduralna analgezija je v zadnjih desetletjih nedvomno prinesla velik napredek v obvladovanju pooperativne bolečine, če se seveda njena pravilna uporaba nadaljuje tudi po odpustu iz zbujevalnice.

Ker so določene kirurške tehnike postale manj invazivne, vstavljanje epiduralnega katetra pa ima določene sicer redke, a zelo usodne zaplete, se pri določenih posegih namesto epiduralne analgezije vedno bolj uveljavljajo regionalni bloki s kontinuirano infuzijo LA preko elastomerne črpalke. Ultrazvočno vodene blokade perifernih živcev ali pletežev so posebej primerne za operacije na okončinah ter določene posege na trupu (Salinas, 2016; Choi & McCartney, 2016; Abrahams et al., 2016). Prednost je manjše tveganje za krvavitev ter manj hude posledice, če pride do okvare živcev v primerjavi z okvaro hrbtenjače. Ena od novejših metanaliz je pokazala, da uporaba regionalne anestezije zmanjša uporabo opioidov, bolniki so bolj zadovoljni, zmanjša pa tudi stroške (Kessler, et al., 2015). Uporaba ultrazvoka pri regionalni anesteziji je izboljšala zanesljivost in učinkovitost blokad. Prav tako so se z uporabo ultrazvoka zmanjšali odmerki LA, s tem pa tudi možnost za sistemsko toksičnost. Zmanjšala se je možnost nastanka pnevmotoraksa pri izvajanju blokad brahialnega pleteža ter drugih blokad na prsnem košu. Na žalost ultrazvočno vodena regionalna anestezija ni povezana z manjšo možnostjo za poškodbo živcev (Neal, 2016).

Kaj je pomembno pred in po izvajanju regionalne anestezije? Zaradi obsega so naštetja le najpomembnejša dejstva. Predhodno se mora anesteziolog natančno pogovoriti z bolnikom o možni tehniki, s katero se mora bolnik strinjati. Absolutna kontraindikacija za vstavljanje epiduralnega katetra in tudi spinalno anestezijo so motnje strjevanja krvi (tudi nedavna antikoagulantna ali antiagregacijska terapija!). Od zadnjega profilaktičnega odmerka nizkomolekularnega heparina (NMH) mora miniti vsaj 12 ur, od terapevtskega odmerka NMH pa 24 ur (Horlocker, et al., 2018). Ista pravila načeloma veljajo tudi za ostale periferne bloke, anesteziolog pa pretehta ali koristi bloka perifernega živca oziroma pleteža odtehta nevarnost poškodbe živca zaradi možnega hematoma. Prav tako je absolutna kontraindikacija vsaka okužba na mestu zbadanja. Za epiduralno oziroma spinalno anestezijo

je kontraindikacija tudi septično stanje, medtem ko za periferno blokado živca to ni absolutna kontraindikacija (Kaushal et al, 2017).

Na oddelku je pri bolniku z regionalno tehniko pomembno redno spremljanje vitalnih funkcij ter zadostnost analgezije. Po blokadi perifernih živcev z enkratnim odmerkom ali spinalni anesteziji je za pomembna preventivna aplikacija neopioidnih analgetikov še preden preneha delovanje LA. Bistveno lažje je obvladovati bolečino, ki se šele začne razvijati, kot narediti neobvladljivo bolečino spet vsaj znosno! Ob prepozni analgeziji po prenehanju delovanja LA lahko namreč pride do rebound fenomena (Lavand'homme, 2018). To pomeni, da se razvije zelo huda do neznosna bolečina, če zamudimo s sistemsko analgezijo.

Prav tako je potrebno prepoznati opozorilne znake možnih zapletov, ki se lahko zgodijo tudi ob upoštevanju vseh pravil dobre prakse. Najhujši zapleti so epiduralni/spinalni hematom in absces ter sistemska toksičnost LA. Po spinalni anesteziji je potrebno takoj obvestiti lečečega zdravnika ter anesteziologa, če po prenehanju delovanja LA (običajno po 3-5 urah) pride do pojavnosti nevroloških izpadov. Ker so le-ti lahko tudi posledica operacije, je potrebno izpeljati dodatno diagnostiko. Isti ukrep je potreben, če ima nevrološke izpade bolnik z epiduralnim katetrom in situ ali po blokadi živčnega pleteža oziroma perifernega živca (običajno delovanje LA po enkratnem odmerku preneha 8-12 ur po aplikaciji LA). Posebno pozornost potrebuje tudi nepojasnjeno zvišanje telesne temperature ob nevroloških izpadih (možen epiduralni absces!) ali kakršnakoli odstopanja vitalnih funkcij od normalnih.

Pri bolusnem odmerjanju po epiduralnem katetru se neredko pojavi relativna hipotenzija, ki pa ni kontraindikacija za tovrstno analgezijo (Striebel, 2014). V takem primeru se je potrebno posvetovati z anesteziologom, ki bo v večini primerov lahko razrešil problem, brez da bi se bolnik moral odpovedati epiduralni analgeziji. Pri odmerjanju analgetične mešanice po epiduralnem katetru preko črpalke (PCEA – angl. „patient controlled epidural analgesia“) je hipotenzija praviloma redek pojav. Podobno kot PCA (angl. „patient controlled analgesia“) črpalko za intravenozno odmerjanje analgetika PCEA črpalko predhodno ustrezno nastavi anesteziolog, bolnik pa si poleg stalne infuzije po potrebi lahko aplicira še bolusni odmerek. Po 3-4 dneh je potrebno epiduralni kateter praviloma odstraniti s strani anesteziologa. Pred odstranitvijo veljajo enaki časovni razponi predhodnega odmerjanja nizkomolekularnega heparina kot pred vstavljanjem katetra. Po odstranitvi katetra pa naj se z odmerkom nizkomolekularnega heparina počaka vsaj 6 ur (Horlocker, et al., 2018).

Če poleg LA dodamo v mešanico še opioidni analgetik za spinalno ali epiduralno anestezijo, se lahko pojavi retenca urina, ki se praviloma, najkasneje po 24 urah, razreši spontano. V vmesnem času je včasih potrebna kateterizacija mehurja (Striebel, 2014). Ob uporabi

opioidnih analgetikov v mešanici je možna tudi depresija dihanja. Prav tako se po spinalni anesteziji, še pogosteje pa pri nenamerni punkciji dure med vstavljanjem epiduralnega katetra lahko pojavi postpunkcijski glavobol. Glavobol je tipično močnejši v pokončnem položaju in zelo neprijeten za bolnika, v ležečem položaju pa praktično izzven. V primeru pojava takega glavobola je potrebno obvestiti anesteziologa, ki odredi morebitne dodatne preiskave ter predpiše ustrezno terapijo. Podrobnejši opis presega obseg tega prispevka (Gaiser, 2013).

Analgetiki in dopolnilna zdravila

Analgetike v grobem razdelimo na neopioidne in opioidne analgetike. Med neopioidne analgetike sodijo *nesteroidni antirevmatiki (NSAR)*, *paracetamol* ter *metamizol*. Opioidi so najmočnejši analgetiki, uporabljajo se za zdravljenje akutne pooperativne bolečine ter za zdravljenje rakave bolečine pri napredovanju bolezni. Za medicinsko sestro, ki bolniku odmerja zdravila je pomembno, da ima o zdravilih vsaj nekaj osnovnega znanja.

Poznamo tudi dopolnilna zdravila: *antidepresive*, *določene antiepileptike*, *mišične relaksante*, *alfa2 agoniste* ter *NMDA antagoniste* (NMDA = *N-metil-d-aspartat*). Alfa2 agonisti in NMDA antagonisti se zaenkrat večinoma uporabljajo intraoperativno pri določenih vrstah operacij in v enoti intenzivne terapije. Opis teh zdravil presega obseg tega prispevka, natančneje so opisana v članku Buvenendrana & Kroina (2009).

Vsa zdravila takoj po operaciji običajno dajemo intravenozno, kasneje pa preidemo na peroralno jemanje v obliki tablet ali pri posameznih zdravilih v obliki kapljic. V sklopu sodobnega multimodalnega pristopa k lajšanju bolečin je dajanje zdravil v mišico nedopustno! Poleg tega, da je dajanje zdravil v mišico za bolnika boleče, je resorpcija učinkovine zelo nezanesljiva in nepredvidljiva. Posledično se učinek, predvsem pa neželeni učinki lahko pojavijo zelo zapoznelo. Slednje pa je za bolnika v primeru pojava depresije dihanja lahko tudi usodno.

Neopioidni analgetiki

NSAR so zaviralci ciklooksigenaze (COX) ter zavirajo sintezo prostaglandinov, tromboksana ter levkotrienov. Imajo analgetično, antipiretično in protivnetno delovanje. So odlični analgetiki pri akutni bolečini (Kurumbail, et al., 1996). Poznamo neselektivne zaviralce COX, kot so npr. ibuprofen, diklofenak, naproksen... Ti imajo predvsem neželene učinke na prebavila, ki so lahko tudi življenjsko nevarni (razjeda nastane pri 15-30 % primerov kroničnega jemanja in masivna krvavitev iz gastrointestinalnega trakta v 1-2 %). Povzročajo nefropatijo,

zato so pri bolnikih z glomerulno filtracijo pod 30 ml/min kontraindicirani. Zavirajo tudi agregacijo trombocitov. Vse več je podatkov o povezavi s pojavom tromboz in trombembozij ter z njimi povezanih neželenih dogodkov v zvezi s srčnožilnim sistemom. Za omenjene zaplete so bolj ogroženi bolniki po prebolelem srčnem ali možganskem infarktu ter bolniki z znano aterosklerozo. Poznamo tudi selektivne zaviralce COX-2 (koksibi), ki nimajo vpliva na gastrointestinalni trakt in ne zavirajo agregacije trombocitov, npr. etorikoksib, celekoksib. V ostalem se ne razlikujejo od neselektivnih COX zaviralcev. Znan je povečan pojav tromboz tudi pri uporabi koksibov (Kurumbail, et al., 1996). Verjetnost pojava neželenih učinkov se večja z uporabo večjih odmerkov in trajanjem jemanja zdravila (predvsem, če traja jemanje več kot 7-10 dni) (Schug, et al., 2009). Hkratna uporaba NSAID in acetilsalicilne kisline zmanjša učinkovitost slednje v smislu, da acetilsalicilna kislina manj moti agregacijo trombocitov. Priporočena je hkratna zaščita za želodec (inhibitor protonске črpalke, ranitidin). Pri uporabi NSAID je potrebno upoštevati posebnosti in nevarnosti pri bolnikih z zgoraj omenjenimi obolenji.

Med ali takoj po koncu operacije se uporabljajo zdravila v infuziji. V intravenozni obliki obstajajo le posamezne učinkovine. V Sloveniji sta na voljo kombinacija diklofenaka in orfenadrina (centralno delujočega mišičnega relaksanta) v 250 ml steklenici, priporočen odmerek je 250 ml dnevno, izjemoma 2 x 250 ml, infuzija mora teči 1,5-2 uri. Poleg tega je na voljo ketorolak v intravenozni obliki 30 mg/ml, ki se ga lahko odmerja največ 120 mg dnevno, zdravljenje pa ne sme trajati več kot 5 dni. Takoj, ko je bolnik za to sposoben, se priporoča prehod na peroralno obliko – tablete. V tabletah so na voljo vsi NSAID, pri odmerjanju je treba upoštevati zdravnikova navodila.

Vsi NSAID so v nosečnosti kontraindicirani zaradi znanih škodljivih učinkov na plod. Med dojenjem se zaradi nizkega deleža, ki se izloči v mleko, smatrajo kot varna zdravila.

Paracetamol je učinkovit analgetik in antipiretik, nima pa protivnetnega delovanja. Učinkovit je pri blagi do zmerni bolečini. Njegov aktivni metabolit AM404 naj bi zaviral COX (Högestätt, et al., 2005). Če upoštevamo največji dovoljeni dnevni odmerek 4 g (4 x 1000 mg) (ne glede na pot vnosa) in dejavnike tveganja: predhodna jetrna ali ledvična okvara, alkoholizem, jemanje določenih zdravil, ki inducirajo encim CYP2E1 ter CYP3A4 (izoniazid, fenitoin, rifampicin, karbamazepin, barbiturati), naj ne bi imel neželenih učinkov. Če odmerek presežemo, pride hitro do okvare jeter, ki lahko vodi celo v akutno jetrno odpoved in v smrt. Novejše raziskave pa poročajo tudi o hepatotoksičnosti pri odmerkih, manjših od 4 g dnevno (McGill & Jaeschke, 2013). Pri alkoholikih se odmerka 1000 mg dnevno ne sme preseči. Pri ledvični bolezni je potrebna previdnost.

Paracetamol se v začetku aplicira intravenozno, pri odraslih 1g/6-8h, infuzija naj bo počasna (vsaj 15 min), saj se ob hitri infuziji pogosto pojavi hipotenzija. Pogost neželen učinek je bolečina in pekoč občutek na mestu infuzije (venflonka). Ko je bolnik sposoben, je priporočljivo preiti na tablete. Preventivni odmerek paracetamola pred ali med operacijo po podatkih iz literature zmanjša možnost za pojav pooperativne slabosti in bruhanja (Apfel, et al., 2013).

Pri nosečnicah ni kontraindiciran, se pa priporoča uporaba le, če je nujno potrebno in čim krajši čas. V majhnih količinah se zdravilo izloča v mleko, vendar ni dokazov o škodljivosti zdravila za dojenčka, tudi v tem primeru se priporoča jemanje najmanjših učinkovitih odmerkov, čim krajši čas.

Metamizol je analgetik, antipiretik in spazmolitik in se uporablja predvsem pri visceralni bolečini, glavobolu ter v pooperativnem obdobju v sklopu multimodalne analgezije. Ima podobno učinkovitost kot NSAID, vendar boljši profil neželenih učinkov. V Nemčiji je tako najpogostejše uporabljan neopioidni analgetik v sklopu multimodalne analgezije po operacijah (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie [DIVS], 2007). Mehanizem delovanja ni dobro znan, zaviral naj bi COX, najverjetneje ima tudi centralno delovanje, predvideva se, da ima vpliv tudi na NMDA receptorje. Glavni neželeni učinek je alergija in agranulocitoza, vendar se oba zapleta v nasprotju s splošno razširjenim mnenjem pojavljata izjemno redko, običajno pri kroničnem jemanju. Alergijska reakcija je verjetnejša pri bolnikih z znano medikamentozno astmo ali rinitisom, kronično urtikarijo, intoleranco na barvila, konzervanse ali alkohol. Izjemno redko se ob dolgotrajnem jemanju (več kot 1 teden) lahko pojavijo smrtno nevarne kožne reakcije kot sta Stevens - Johnsonov sindrom in toksična epidermalna nekroliza. V vseh omenjenih primerih je jemanje zdravila potrebno nemudoma prekiniti in se ga tudi ne sme več ponovno uvajati (medately.com). Pri dolgotrajni uporabi je priporočljivo spremljanje krvne slike.

Zdravilo prehaja skozi posteljico in v materino mleko. V prvem (pomanjkanje podatkov o varnosti) in tretjem trimesečju (vpliva na sintezo prostaglandinov) je kontraindicirano, v drugem trimesečju pa se lahko uporablja le ob močni indikaciji, pod strogim zdravniškim nadzorom. Tudi med dojenjem uporaba metamizola ni priporočljiva, saj so poročali o cianotičnih krizah novorojenčkov.

Hitri intravenski bolusni odmerek lahko povzroči hipotenzijo, ki pa ni posledica alergične reakcije. K hipotenziji so bolj nagnjeni bolniki, ki so predhodno hemodinamsko nestabilni. Ker neredčena učinkovina pogosto povzroči flebitis, se priporoča redčenje s 100 ml npr. fiziološke raztopine in počasna infuzija. Ko je bolnik sposoben, lahko prejme tudi tablete (1

tbl = 500 mg) ali kapljice (1 gtt = 25 mg). Največji dovoljeni dnevni odmerek je 4 x 1000 mg (4 x 2 tbl ali 4x 40 gtt). Učinek po zaužitju se pričakuje po 30-60 minutah, po intravenozni aplikaciji pa nekoliko prej. Pri bolnikih z jetrno ali ledvično boleznijo je potrebna posebna previdnost pri uporabi tega zdravila.

Opioidi

Pri večini operativnih posegov temelji pooperativna analgezija na enem opioidnem analgetiku, ki ga kombiniramo z enim ali večimi neopiodnimi analgetiki. Analgezija je takoj po operaciji (v zbujevalnici) običajno intravenozna, kasneje lahko preidemo na peroralno obliko. Trajanje intravenozne terapije pa seveda zavisi od obsežnosti in področja operativnega posega. Po možnosti se dodatno poslužujemo regionalne anestezije/analgezije in ostalih nemedikamentoznih tehnik.

Opioidne analgetike delimo na šibke (tramadol) in močne (morfij, piritramid, buprenorfin, fentanil, sufentanil ...). Referenčna učinkovina glede jakosti učinka je morfij, s katerim se po jakosti primerjajo ostale učinkovine. Morfij je alkaloid, pridobljen iz opija, zato se imenuje tudi opiat. Pojem opioid pa je širši in poleg opiatov zajema tudi sintetično pridobljene učinkovine. Poznamo različne opioidne receptorje, ki se nahajajo tako v centralnem živčevju kot tudi na periferiji, nanje pa se vežejo različne telesu lastne učinkovine (Adam, et al., 2011). Ker delovanje opioidnih receptorjev presega obseg tega prispevka, naj omenim le, da so pri klasičnih opioidnih analgetikih pomembni predvsem μ_1 receptorji, vezava nanje povzroči analgezijo, evforijo, zoženje zenic, slabost, zastajanje seča ter srbečico. Vezava na μ_2 receptorje pa povzroča depresijo dihanja, sedacijo, evforijo ter bradikardijo. Poleg tega uporaba opioidov povzroča zaprtje. Torej se je z uporabo opioidnih analgetikov praktično nemogoče izogniti neželenim učinkom, kot je smrtno nevarna depresija dihanja. Zaradi tega je zelo pomembno, da so bolniki, ki potrebujejo opioidne analgetike pod stalnim nadzorom ustrezno usposobljenega osebja, potrebna pa je tudi pazljiva titracija zdravil (Striebel, 2014).

Z opioidi zelo učinkovito lajšamo tako imenovano protopatično bolečino, ki je posredovana preko tankih C živčnih vlaken, medtem ko pri lajšanju epikritične bolečine, posredovane preko debelejših A δ vlaken niso tako učinkoviti (North & Egans, 1983).

V UKC Maribor se od opioidov v akutnem pooperativnem obdobju najpogosteje uporablja piritramid. Piritramid je podobno kot morfij čisti agonist μ -opioidnih receptorjev in je primeren za lajšanje hudih do najhujših bolečin. Ima približno 80% jakosti morfija (10 mg morfija = 12,5 mg piritramida). Po intravenozni aplikaciji se učinek pojavi po 2-4 minutah, največji

učinek je po 10 minutah, učinkuje pa okoli 6 ur. Na voljo je v ampulah po 15mg/2 ml, priporoča se redčenje do 15 ml s fiziološko raztopino, saj dobimo mešanico, v kateri je 1 mg/ml in je s tem odmerjanje lažje. Priporočljiv odmerek je 0,05-0,1 mg/kg iv, po potrebi se odmerek titrira na ne pogostejše kot 5 minut do olajšanja bolečine. Za bolnika ugodnejša možnost je uporaba tako imenovane PCA (angl. »patient controlled analgesia«) črpalke, s pomočjo katere si bolnik sam odmerja od anesteziologa vnaprej programirane odmerke piritramida. Uporaba PCA črpalke je priporočljiva predvsem, ko gre za obsežnejše operacije, s potrebo po močni in dolgotrajnejši analgeziji, regionalne tehnike pa so npr. kontraindicirane. Tudi bolniki s PCA morajo biti pod stalnim nadzorom, spreminjanje odmerjanja pa je dovoljeno le s strani anesteziologa (Fiesseler, et al., 1998).

Po manj bolečih posegih se lahko uporablja *šibki opioid tramadol*. *Tramadol* je neselektivni čisti agonist opioidnih receptorjev, je zaviralec ponovnega privzema noradrenalina, zveča pa tudi sproščanje serotonina. Pogosto povzroča slabost, bruhanje in omotico zaradi zvečanja koncentracije serotonina. Kot antiemetiki zato niso priporočljivi antagonisti serotonina (granisetron in ondasetron). Znižuje tudi prag za epileptični napad. Največji dnevni odmerek je 400 mg ne glede na pot vnosa. Začnemo običajno z intravenozno obliko: 0,5-1 mg/kg v kratkotrajni infuziji, ki učinkuje 4-6 ur. Podobno trajanje učinka lahko pričakujemo pri tabletah brez podaljšanega sproščanja in kapljicah. Tablete s podaljšanim sproščanjem (retard oblika) učinkujejo približno 12 ur. Tramadol je v farmacevtski obliki lahko kombiniran s paracetamolom v tabletah, v tem primeru je največji dovoljeni dnevni odmerek 300 mg tramadola in 2600 mg paracetamola, razmak med posameznimi odmerki pa ne sme biti manjši od 6 ur. Čeprav gre za tako imenovani šibki opioid, ima potencial za odvisnost. (Pre)pogosto se v praksi predpisuje pri različnih vrstah kronične bolečine.

Tramadola se med nosečnostjo ne sme uporabljati, med dojenjem je dovoljen en odmerek, več odmerkov lahko zaradi izločanja tramadola v materino mleko povzroči depresijo dihanja pri dojenčku, zato je priporočljiva previdnost. Podobno je z vsemi močnimi opioidi. Uporabljajo se lahko pod strogim zdravniškim nadzorom, če njihova uporaba odtehta neželene učinke.

Dolgotrajna uporaba (več kot 7-10 dni) *šibkih in močnih opioidov* pri zdravljenju akutne pooperativne nerakave bolečine je zelo kontroverzna (von Korff, et al., 2011). Njihov dolgotrajen učinek na zmanjševanje bolečine je vprašljiv, potencial za pojav odvisnosti pa velik (Krebs, et al., 2018). V Združenih državah Amerike je zaradi nekritičnega kroničnega predpisovanja opioidnih analgetikov bolnikom brez napredujele rakave bolezni v zadnjih letih umrlo nekaj sto tisoč ljudi zaradi predoziranja z omenjenimi zdravili – tako imenovana

opioidna epidemija. Samo leta 2017 je tako umrlo več kot 70.000 ljudi, kar je več kot v prometnih nesrečah in zaradi strelskih obračunov, ki v ZDA niso redkost (Wikipedia, n. d.).

Zaključek

Obravnava bolnika z akutno pooperativno bolečino zahteva multidisciplinarni pristop ter dobro sodelovanje med bolnikom, anesteziologom, anestezijsko medicinsko sestro v zbujevalnici, medicinskimi sestrami na oddelku, kirurgi, po odpustu iz bolnišnice pa pogosto tudi družinskimi zdravniki. Zaradi multidimenzionalnosti bolečine je potrebna individualna obravnava vsakega bolnika. Priporočljiva je kombinacija regionalne tehnike, če je možna, s kombinacijo zdravil z različnimi prijemališči. Bolečino je treba redno ocenjevati, enako pomembna je ocena učinkovitosti odmerjene analgezije. Najpomembnejše pravilo je: bolniku je treba verjeti, da ga boli! Najpogostejše pričnemo zdravljenje s kombinacijo intravenozno odmerjenih opioidnih in neopioidnih analgetikov, ob čemer je potrebno upoštevati vse kontraindikacije ter previdnostne ukrepe, na kar je potrebno opozoriti tudi bolnika. Kasneje preidemo na peroralno analgezijo. Pomembno je poznavanje trajanja učinka LA pri regionalnih tehnikah ter dovolj zgoden prehod na sistemsko analgezijo pri izzvenevanju učinka LA. Tako bosta zadovoljna bolnik in medicinsko osebje, ki skrbi zanj.

Literatura:

- Adam, B. R., Conzen, P. & Azad, S. C., 2011. *Pharmacology of peripheral opioid receptors. Current Opinion in Anesthesiology*, 24(4), pp. 408 – 413.
- Abrahams, M., Derby, R. & Horn, J.-L. 2016 *Update on ultrasound for truncal blocks: a review of the evidence. Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 41(2), pp. 275 – 288.
- Apfel, C. C., Turan, A., Souza, K., Pergolizzi, J. & Hornuss, C., 2013. *Intravenous acetaminophen reduces postoperative nausea and vomiting: a systematic review and meta-analysis. Pain*, 154(5), pp. 677–689.
- Buvanendran, A. & Kroin, J. S. 2009. *Multimodal analgesia for controlling acute postoperative pain. Current Opinion in Anaesthesiology*, 22 (5), pp. 588 – 593.
- Choi, S. & McCartney, C. J. L., 2016. *Evidence base for the use of ultrasound for upper extremity blocks: 2014 update. Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 41(2), pp. 242 – 250.
- Curatolo, M., 2016. *Regional anesthesia in pain management. Current Opinion in Anesthesiology*, 29(5), pp. 614 – 619.
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie [DIVS], 2007. *S3-Leitlinie: Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen. AWMF 041/001. Available at: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-025/S3_Behandlung_akuter_perioperativer_und_posttraumatischer_Schmerzen_abgelaufen.pdf [11.11.2019].*
- Ferreira-Valente, M. A., Rais-Ribeiro, J. L. & Jensen, M. P. 2011. *Validity of four pain intensity rating scales. Pain*, 152(10), pp. 2399 - 2404.
- Fiesseler, H. G., Bodenschatz, K. & Pettermann, C., 1998. *Langzeiterfahrungen in der Anwendung mechanischer PCA-Therapie postoperativer Schmerzen in der Allgemeinchirurgie. Der Chirurgie*, 69, pp. 859-64.
- Gaiser, R. R. 2013. *Postdural puncture headache: a headache for the patient and a headache for the anesthesiologist.*

Current Opinion in Anaesthesiology, 26(3), pp. 296-303.

Gordon, D. B., 2015. Acute pain assessment tools: let us move beyond simple pain ratings. *Current Opinion in Anesthesiology*, 28(5), pp. 565 – 569.

Horlocker, T. et al., 2018. *Regional Anesthesia in the Patient Receiving Antithrombotic or Thrombolytic Therapy American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Evidence-Based Guidelines (Fourth Edition)*. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 43(3), pp. 263–309.

Högestätt, E. D., et al., 2005. Conversion of Acetaminophen to the Bioactive N-Acylphenolamine AM404 via Fatty Acid Amide Hydrolase-dependent Arachidonic Acid Conjugation in the Nervous System. *The Journal of Biological Chemistry*, 280(36), pp. 31405-31412.

Kaushal, M., Rubin, R. E., Kaye, A. D. & Gritsenko, K., 2017. Anticoagulation and Neuraxial/Peripheral Anesthesia. *Anesthesiology Clinics*, 35(2), pp. e21-e39.

Kessler, J., Marhofer, P., Hopkins, P. M. & Hollmann, M. W. 2015. Peripheral regional anaesthesia and outcome: lessons learned from the last 10 years. *British journal of Anesthesia*, 114(5), pp. 728 – 745.

Krebs, E. E., et al., 2018. Effect of Opioid vs Nonopioid Medications on Pain-Related Function in Patients With Chronic Back Pain or Hip or Knee Osteoarthritis Pain: The SPACE Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 319(9), pp. 872-882.

Kurumbail, R. G., Stevens, A. M., Gierse, J. K., McDonald, J. J., Stegeman, R. A., ET AL., 1996. Structural basis for selective inhibition of cyclooxygenase-2 by anti-inflammatory agents. *Nature*, 384(6610), pp. 644–8.

Lavand'homme, P., 2018. Rebound pain after regional anesthesia in the ambulatory patient. *Current Opinion in Anesthesiology*, 31(6), pp. 679 – 684.

McGill, M. R. & Jaeschke, H., 2013. Metabolism and disposition of acetaminophen: recent advances in relation to hepatotoxicity and diagnosis. *Pharmaceutical Research*, 30(9), pp. 2174 – 2187.

Neal, J. M., 2016. Ultrasound-guided regional anesthesia and patient safety: update of & an evidence-based analysis. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 41(2), pp. 195 – 204.

North, R. A. & Egans, T. M., 1983. Actions and distributions of opioid receptors in peripheral tissues. *British Medical Bulletin*, 39(1), pp. 71-5.

Salinas, F V., 2016. Evidence basis for ultrasound guidance for lower-extremity peripheral nerve block: update 2016. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 41(2), pp. 261 – 274.

Striebel, H. W., 2014. *Die Anästhesie*. 3. Auflage. Schattauer GmbH. pp. 1661-1724.

Schug, S., Joshi, G. P., Camu, F., Pan, S. & Cheung, R., 2009. Cardiovascular safety of the cyclooxygenase-2 selective inhibitors parecoxib and valdecoxib in the postoperative setting: an analysis of integrated data. *Anesthesia and Analgesia*, 108(1), pp. 299– 307.

Twining, J. & Padula, C., 2019. Pilot Testing the Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA) Measure. *Pain Management Nursing*, 20(5), pp. 462 – 467.

Wikipedia, n.d. Opioidkrise in den USA. Available at: https://de.wikipedia.org/wiki/Opioidkrise_in_den_USA

Visser, E. J., 2006. Chronic postsurgical pain: epidemiology and clinical applications for acute pain management. *Acute Pain*, 8, pp. 73-81.

Von Korff, M., Kolodny, A., Dey, R. A. & Chou, R., 2011. Long-term opioid therapy reconsidered. *Annals of internal medicine*, 155(5), pp. 325 – 328.



Sabina Finžgar

se je po zaključenih Srednji zdravstveni šoli Juge Polak Maribor vpisala na Visoko zdravstveno šolo Maribor, kjer je pridobila naziv diplomirana medicinska sestra.

Po zaključenem pripravništvu je pričela razvijati svojo poklicno pot na Oddelku za psihiatrijo Splošne bolnišnice Maribor.

Želja po pridobivanju novih znanj in izkušenj jo je vodila v Psihiatrično kliniko Ljubljana, kjer je delovala na sprejemnih oddelkih, bila je mentorica številnim študentom ZN.

Leta 2012 se je ob otvoritvi Enote za forenzično psihiatrijo v Univerzitetnem kliničnem centru vrnila v rodni Maribor. Na enoti je zaposlena še danes. Skupaj s timom že od začetka njene ustanovitve razvija to področje psihiatrične zdravstvene nege v slovenskem prostoru.

Je avtorica številnih predavanj in prispevkov ter mentorica študentom zdravstvene nege in novo zaposlenim sodelavcem.

V prostem času je promotor zdravega načina življenja s pridobljenim certifikatom za inštruktorja skupinskih vadb.

A portrait of Simona Podgrajšek, a woman with short blonde hair, smiling slightly. The image is set against a blue background with a subtle geometric pattern. The portrait is partially obscured by the text area on the left.

Simona Podgrajšek

je svojo poklicno pot pričela kot diplomirana medicinska sestra na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Želja po dodatnem znanju iz drugih področij jo je spodbudila, da je nadaljevala študij na Fakulteti za organizacijske vede Univerze v Mariboru.

Prve izkušnje je pridobivala na enoti za zdravljenje odvisnosti in psihoterapijo, kjer je imela priložnost spoznati obravnavo pacientov s psihoterapevtskega vidika. Svoje znanje je poglobila s študijem Transakcijske analize pri dr. Milivojeviću.

Zadnje desetletje dela s pacienti, ki se zdravijo za najtežjimi oblikami duševnih motenj. Pri svojem delu spoznava skrivnosti delovanja človeškega uma in čustev in vpliv le tega na zdravje ali bolezen človeka.

Je habilitirana strokovna sodelavka za predmetno področje zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru in aktivna članica izvršnega odbora Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji pri Zbornici – Zvezi. Sodeluje pri organizaciji strokovnih srečanj s področja duševnega zdravja. Je avtorica člankov v raznih zbornikih predavanj, predavateljica in urednica.

Sočasnost bolečine in duševnih motenj

Sabina Finžgar, Simona Podgrajšek

Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo

Izvleček

Prispevek obravnava človeško bolečino v luči celostnega pogleda na zdravje kot prepleta telesnega in duševnega delovanja organizma. Bolečina je človekova ali posameznikova subjektivna izkušnja, ki je s psihološkega vidika odvisna od kognitivnih vzorcev, negativnih afektivnih in čustvenih stanj, zaradi katerih je slabše obvladljiva. Nadalje so opisane duševne motnje, pri katerih je glavni simptom bolečina brez organske osnove. Včasih je zelo težko ločiti, ali je bolečina psihogenega ali organskega izvora, ker se simptomi prepletajo. Obravnava pacienta z bolečino je tako v veliki meri odvisna od znanja medicinske sestre o bolečini. Z zadostnim znanjem, medpoklicnim sodelovanjem in uporabo različnih strategij je moč premagovati tako telesno, kot tudi duševno bolečino.

Ključne besede: kronična bolečina, duševna bolečina, psihološki vidik bolečine, pacient, medicinska sestra

Uvod

V preteklosti sta se izoblikovala dva temeljna pristopa k obravnavi človeške bolečine in bolezni, ki sta izvor le-teh iskala ali v telesu ali v duši. Danes vemo, da je zdravje ena sama celota, preplet telesnega in duševnega zdravja (Temnik & Marušič, 2009). Izkušnja kronične bolečine močno vpliva na človekovo življenje na osebni in družbeni ravni. Poleg individualnega trpljenja, ki spremeni posameznikovo duševno funkcioniranje, močno vpliva na medosebne odnose, na zmožnost za delo (Rus-Makovec, 2010).

Bolečino lahko razumemo kot bio-psiho-socialni fenomen, na katerega vplivajo različni dejavniki. Doživljanje bolečine je torej psihosomatsko dogajanje, saj gre za povezanost telesnih in duševnih dogajanj (Čuk, 2002). Bolečina ni odvisna le od živčevja in bolezni, ampak od posameznika kot celote, njegovih preteklih izkušenj z bolečino, počutja, pričakovanj, želja in tudi njegovega življenjskega smisla (Ščavničar, 2004). Vsako doživljanje bolečine je zelo subjektivno in je odvisno od intenzivnosti in vrste bolečine, trajanja, bolečinskega praga, sposobnosti za prenašanje bolečine, trenutnega pacientovega duševnega stanja, od

njegove osebnosti, preteklih izkušenj, razpoloženja, napetosti, bojazni, utrujenosti, kulturno pogojenih stališč in norm itd. (Bürger Lazar, 2015).

Psihološki vidik bolečine

Na psihološki vidik bolečina vplivajo posameznikova prepričanja, misli, občutki in vedenje. Telesno bolečino vedno spremlja določeno duševno stanje, ki je odvisno od posameznikovih kognitivnih vzorcev, afektivnih in čustvenih stanj. S kognitivnega vidika je pomembno, kakšna prepričanja ima pacient o bolečini, kako jo interpretira in kako le ta vpliva na pacientovo vsakodnevno življenje. Pacientova razmišljanja, ki so nagnjena k katastrofičnemu razmišljanju, negativnemu izidu samo okrepijo bolečino. Zaradi določenih afektivnih stanj, kot so depresija, tesnoba in jeza je bolečina slabše obvladljiva. Tesnoba, strah in izguba nadzora povečujejo pacientovo trpljenje. Vsak posameznik ima določeno prepričanje o tem, ali je sposoben prenesti določeno bolečino. Praviloma pacienti bolečino lažje prenašajo, če imajo občutek, da jo lahko nadzorujejo tudi sami (Rus-Makovec, 2010).

Sočasnost bolečine in duševnih motenj

Bolečina se lahko pojavlja v sklopu depresije, katere značilnosti se ne izražajo le s spremembo razpoloženja, kot so žalost, obup, neaktivnost, ampak tudi s somatskimi pritožbami o telesni oslabeledosti, pritisku v glavi, manjši pozornosti, o težavah z delovno sposobnostjo in raznimi drugimi bolečinami. Bolečinske pritožbe so v bistvu somatizacija bolnikovih čustvenih težav. Za te bolnike je telesna bolečina bolj sprejemljiva kot duševna. Telesna bolečina je sredstvo, s katerim se depresija zakriva in potlači (Čuk, 2002). Zasledimo lahko, da so tudi bolniki s kronično bolečino pogosto depresivni (Rus-Makovec, 2010). Sočasno depresijo pri pacientih s kronično bolečino je pogosto težko prepoznati zaradi prekrivanja simptomov, kot so lahko utrujenost, motnje spanja, primanjkljaj kognitivnih sposobnosti (spomin, zbranost), ki so značilni tako za depresijo, kot za kronično bolečino (Rus-Makovec, 2010).

Bolniki z anksiozno motnjo so močno preobremenjeni s telesnimi simptomi. Ljudje, ki imajo anksiozno motnjo oz. povečano tesnobo se stalno pritožujejo glede bolečine in slabega počutja. Gre za spremenjeno doživljanje samega sebe in lastne vrednosti ob istočasni nezadostni pripravljenosti za lastno aktivnost in prizadevanje. Kronična bolečina je lahko simptom nevrotične motenosti, ogrožajo jih morebitne telesne, poklicne, socialne ali emocionalne posledice bolezni ali pa različne zahteve po zdravljenju in občutek nezadostne upoštevnosti pri zdravljenju ali zdravstveni negi. Bolečinsko doživljanje ima funkcijo somatizacije bolnikovih življenjskih in socialnih težav. Slabo telesno počutje, na katerega opozarja z bolečino, pacienta razbremeni odgovornosti za objektivno ali subjektivno doživeto neuspešnost v življenju (Čuk, 2002).

Kronična bolečina velja za dejavnik tveganja tudi pri samomorilnosti. Samomorilnost je pri bolnikih s kronično bolečino bolj povezana s sočasno depresijo, kot pa z jakostjo bolečine (Fisher, et al., 2001). Smith et al., (2004) so ugotovili, da ima približno polovica pacientov s kronično bolečino, ki so razmišljali o samomoru, družinsko zgodovino samomora. Med samomorilno najbolj ranljivimi so delavci z osnovno šolo, ovdoveli, razvezani, brezposelni, alkoholiki, upokojenci, kmetje itd., kar kaže, da so samomorilno bolj ogroženi ljudje z nižjimi finančnimi prihodki, glede na motiv dejanja pa so v ospredju zakonski in družinski spori, telesne bolezni in invalidnost, osamljenost, izguba svojca, težave v službi in čustvene težave (Čuk, 2002).

Pri kronični bolečini obstaja tveganje za razvoj zasvojenosti oz. odvisnosti, in sicer je treba biti posebej pozoren na ta vidik pri pacientih, ki so v preteklosti že imeli sindrom odvisnosti od psihotropnih snovi. Pri njih je večje tveganje, da se v času, ko občutijo kronične bolečine, sindrom odvisnosti povrne in s tem še dodatno oteži obvladovanje bolečine (Rus-Makovec, 2010). Odvisnost se kaže tako, da oseba jemanje zdravila v daljšem času in v večjih količinah, kot je nameravala. Je neuspešna pri zmanjševanju zdravil, hkrati pa lahko govorimo o izgubi nadzora nad jemanjem zdravila, oseba porabi veliko časa za nabavo, uživanje zdravila. Kljub poznavanju posledic nadaljuje z uživanjem zdravila. V primeru uživanja opioidnih analgetikov lahko pričakujemo razvoj tolerance in odtegnitvenih znakov. Pri pacientih, ki niso nagnjeni k zasvojenosti in dobro sodelujejo, je ustrezno načrtovana in nadzorovana opioidna analgezija varna (Rus-Makovec, 2010).

Izraz psevdo-odvisnost označuje stanje, ko pacient občuti hudo bolečino, ki je z zdravili ne obvladujemo ustrezno in zato zdravstveno osebje napačno oceni bolnikovo željo po zdravljenju kot odvisnost. Seveda pa lahko hkrati obstajata odvisnost in psevdo-odvisnost; v vsakem od teh primerov pa je bolniku treba pomagati obvladovati njegovo vedenje pri uporabi analgetikov in je primerno, da pri pacientovem zdravljenju sodeluje tudi psihiater, ki se ukvarja z zdravljenjem odvisnosti (Rus-Makovec, 2010).

Psihoza je duševna motnja, za katero je značilna izguba občutka za realnost. Pacienti lahko občutijo dotike po koži, zbadanje in bolečino, ko za to ni nobenega telesnega razloga. Doživljanje bolečine je intenzivno in za pacienta povsem realno.

Duševne motnje s simptomi bolečine (najverjetneje psihogenega nastanka in razvoja)

To so bolezenska stanja, ki sodijo na področje psihiatričnega zdravljenja, čeprav pacienti pred stikom s psihiatrom praviloma dolgo obiskujejo različne zdravnike, ki se ukvarjajo z zdravljenjem telesnih bolezni. Somatoformne motnje so skupina duševnih motenj, kjer so telesni simptomi glavna značilnost. Pacienti s težavo poročajo o duševnih doživetjih in

duševnih simptomih, namesto tega svojo čustveno stisko izražajo s poročanjem o telesnih bolečinah. Pri somatizacijski motnji gre za številne telesne simptome, ki jih ne moremo zadovoljivo razložiti s telesnimi in laboratorijskimi preiskavami in trajajo več kot dve leti. Telesni simptomi in znaki, ki pacientom povzročajo težave in o katerih poročajo, pomembno motijo njihov vsakdanjik. Pacienti tožijo za glavobolom, bolečih menstruacijah, bolečinah v križu itd. Tipično je, da pacientu ne pomaga nobeno zdravnikovo zagotavljanje, da ne gre za resno telesno bolezen. Somatoformno bolečino sprožijo psihološki ali čustveni konflikti ali dejavniki splošnega telesnega stanja (lahko gre za organsko težavo, s katero pa ne moremo razložiti intenzivnosti bolnikovih pritožb). Izrazita je psihološka komponenta zunaj zavestnega (pacient je zaradi bolečin, ki jih občuti, v odnosih zaščiten, od njega se manj pričakuje, izogne se določenim nesoglasjem ali okoliščinam, ki ga spravljajo v stisko). Hipohondrična motnja pomeni bolezensko pretirano ukvarjanje s svojim telesom in zdravstvenim stanjem, narava tega ukvarjanja pa ne sme biti blodna, sicer sodi med psihotična stanja (Rus-Makovec, 2010).

Ločevanje med psihogenim in organskim izvorom bolečine

Z vidika medicinske sestre je ločevanje med psihogenim in organskim izvorom bolečine zelo težavno. Vemo, da bolečina lahko nastopi tudi tedaj, ko ne gre za poškodbo tkiva, pacient resnično občuti bolečino, čeprav ne gre za poškodbo tkiva. Tako definirana bolečina ni samo nevronska aktivnost v bolečinski poti, ampak tudi subjektivna izkušnja in konstrukt višjih kognitivnih funkcij. Nujno je, da medicinka sestra do neke mere razlikuje med organsko in psihogeno bolečino (seveda gre lahko tudi za obe bolečini hkrati). Pri prvi bi pacientu odvzeli priložnost ustreznega zdravljenja bolečine, če ne bi prepoznali organskega vzroka za njegovo trpljenje. Pri psihogeni bolečini pa bi lahko pacienta izpostavljali številnim nepotrebnim medicinskim pregledom in samo še utrjevali njegovo prepričanje o organski usodnosti bolečine. Ni tako lahko določiti, ali je bolečina psihogenega ali organskega izvora. Bolečina duševnega izvora je bolj razpršena, ne sledi anatomski porazdelitvi, se ne spreminja, je neodzivna na čustvene, kognitivne, situacijske vplive in analgetiki ne pomagajo. Organska bolečina se spreminja po jakosti, nanjo vplivajo čustvene, kognitivne, situacijske spremembe in vsaj začasno jo omilijo analgetiki. Psihogeno bolečino je težko kvalitativno opisati, organsko pa lažje (Rus-Makovec, 2010).

Medicinska sestra in prepoznavanje bolečine/duševne bolečine

Bolečina je zelo pogost simptom, s katerim se medicinske sestre srečujejo pri obravnavi pacientov z duševno motnjo. Pri pacientih s kronično bolečino so sočasna psihiatrična

stanja zelo pogosta. Preden medicinska sestra s svojim znanjem pristopi k obravnavi pacienta z bolečino, je treba bolečino na telesni ravni ustrezno opredeliti, istočasno pa upoštevati še psihološki vidik bolečine (Rus-Makovec, 2010). Medicinska sestra se pri svojem delu srečuje s pacienti z akutno ali kronično bolečino. Opazovanje velja za spretnost in kot pomemben del nebesedne komunikacije. Pomeni videti znake bolečine, znati poslušati in razumeti. Opazovanje je tehnika ali spretnost ter najpomembnejši element ocenjevanja stanja pojava bolečine. Pomembna je tudi intuicija. Ker bolečina velja za izjemno subjektivno izkušnjo, nikoli zares ne vemo, kaj nekdo drug doživlja, ko se pritožuje nad bolečino ali jo kako drugače izraža v vedenju. O bolečini drugega je mogoče sklepati posredno, na osnovi posameznikovega besednega opisa, njegovega vedenja, telesnega izražanja, razpoloženja in čustvovanja (Kovačič, 2014). Nujno je upoštevanje dejstva, da je bolečina tisto, kar nekdo čuti kot bolečino, in da ta obstaja, ko nekdo reče, da obstaja (Čuk, 2002).

Pojav bolečine ima izrazito neugoden vpliv na razpoloženje pacienta, izvajanje dnevnih aktivnosti, spanje, eksistencialno področje in na kognitivne funkcije. V zvezi s pojavom bolečine pri pacientu velja vedeti (Ščavničar, 2004):

- bolečinski prag je individualen;
- toleranca za bolečino je spremenljivka in je odvisna od določenih okoliščin;
- nekateri pacienti imajo zmanjšan občutek za bolečino;
- nekatera stanja ali bolezni pripomorejo k povečanemu (utrujenost, strah, izčrpanost itd.) ali zmanjšanemu občutku bolečine (kronični zapleti pri sladkorni bolezni itd);
- bolečino se lahko čuti brez pravega vzroka;
- bolečina je lahko prisotna na celotnem telesu brez poškodbe;
- bolečina se lahko seli po posameznih delih telesa itd.

Medicinska sestra mora biti sposobna prepoznati tako fiziološki kot vedenjski odziv pacienta na bolečino, saj s tem pacient na nebesedni način pove, da trpi za bolečino (Pungartnik & Vavh Janiš, 2013).

Tako kot na vsako izkušnjo, se posameznik oz. pacient odziva tudi na bolečinsko izkušnjo na tri načine in sicer (Ščavničar, 2004):

- fiziološki odziv se odraža s spremembo vitalnih znakov: zviša se frekvenca, žile se skrčijo, spremeni se peristaltika, zenice se razširijo, koža je bleda in potna, poveča se potreba telesa po kisiku itd.,
- besedni odziv se izraža z besedami, s katerimi pacient pove, kje in kako ga boli, sliši se jokanje, stokanje, vpitje, spremenijo se višina, ton in jakost glasu itd.,

- vedenjski odziv pomeni tudi nebesedno izražanje, katerega zaznamo preko spremenjenih mimike obraza in drže telesa. Lahko so izražene čustvene spremembe, ki se kažejo kot razdražljivost, jeza obup, tesnoba, nepotrpežljivost, opuščanje socialnih stikov itd.

Medinska sestra se vključuje v obravnavo pacientov s psihično bolečino. Pomembno je, da zna prepoznati znake in različne oblike psihične bolečine ter z ustreznimi strategijami pomagati to psihično bolečino v okviru sposobnosti in kompetenc premagovati (Čuk, 2002).

Medicinska sestra naj pri ocenjevanju pacienta z duševno bolečino posebno pozornost nameni (Rus-Makovec, 2010):

- Duševnim komponentam bolečine:

Kakšno vlogo ima bolečina v pacientov življenju?

Ali je vloga invalida koristna za pacienta, in če je, kako?

Na katere medosebne odnose vpliva bolečina?

Ali pacient svojo bolečino zlorablja, da bi vplival na vedenje drugih ljudi?

Čemu se bolnik lahko izogne zaradi bolečine?

Ali je pacient jezen in na koga najbolj?

Ali se jeza kaže z bolečino?

Ali sta bolečini pridruženi depresija in tesnoba?

- Psihiatričnim motnjam, ki lahko spremljajo bolečino:

depresija, samomorilna ogroženost, tesnoba, popoškodbeni stresni motnja, zloraba ali odvisnost od psihotropnih snovi, motnje spanja, motnje spolnosti, delirij;

- Odnosu do psihotropnih snovi:

zgodovina uporabe, škodljiva uporaba, odvisnost od psihotropnih snovi, zloraba ali odvisnost, ki sta se razvili v času zdravljenja bolečine;

- Prilagojenemu funkcioniranju posameznika:

vsakdanje aktivnosti, vpliv na funkcioniranje doma in v službi, vpliv na medosebne odnose;

- Delovni nezmožnosti/invalidnosti zaradi kronične bolečine :

oceniti tudi naravnost k hlinjenju;

- Prepričanjem, ki otežujejo zdravljenje.

Razprava

Delovanje medicinske sestre ob pojavu bolečine pri pacientu je odvisno od njenega znanja. Znanje se lahko deli na to, kaj medicinska sestra ve o bolečini v teoretičnem smislu, kako obvlada spretnosti za lajšanje ali odpravljanje bolečine in njeno sočutje do pacienta, ki je pomembno za vzpostavitev terapijskega 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 (Ščavničar, 2004). Medicinska sestra je pomemben član zdravstvenega tima, ki obravnava pacienta, ki trpi bolečino. Je v soodvisnosti. Posluša se izkušenj, ki jih imajo drugi člani tima in timu tudi poroča svoje izkušnje. Pomembno je, da tim deluje uglašeno (Ščavničar, 2004).

Po zdravnikovem naročilu daje farmakološka in nefarmakološka sredstva za preventivo, odstranitev ali zmanjšanje bolečine. Vendar pa ni zgolj izvajalka zdravnikovih naročil ali morda še opazovalec učinkov teh sredstev. Njena vloga je veliko širša in odgovornejša do pacienta, ki ji je zaupan v strokovno obravnavo (Ščavničar, 2004). Potrebno se je zavedati, da farmakološki načini lajšajo in obvladujejo bolečino, vendar je v primeru psihične bolečine smiselno v proces zdravljenja umestiti tudi psihoterapevtsko obravnavo z različnimi metodami ali pa vsaj z relaksacijskimi tehnikami. Za obvladovanje le-te so primerni različni pristopi oz. oblike psihoterapije, odvisno od tega, v katerih vidikih psihosocialnega funkcioniranja je pacient najbolj ranljiv. Psihoterapevtska obravnava povečuje občutek kontrole, poveča raven funkcionalne zmogljivosti, zmanjša občutek šibkosti, tesnobe, osredotočenosti na samo bolečino itd. Kognitivno-vedenjska terapija je posebej učinkovita pri obvladovanju avtomatičnih misli in v zmanjšanju katastrofičnega razmišljanja (Rus-Makovec, 2010).

Za lažje razumevanje psihične bolečine je pomembno vedeti tudi to, kakšen pomen dajejo bolečini starši pri vzgoji svojih otrok, saj lahko otroci uporabljajo bolečino kot strategijo izogibanja oz. se na takšen način spoprijemajo z neprijetnimi dogodki. Otroci se s starostjo naučijo kontrolirati svoje vedenje in svoja čustva. Vendar pa lahko kasneje te strategije postanejo kot del vzorca, s katerim se odzivajo na bolečino ali neprijetne situacije. Pomembno je, da vemo, da se lahko z ustrezno psihoterapevtsko obravnavo vedno znova naučimo novih strategij spoprijemanja z neprijetnimi dogodki ali bolečino (Čuk, 2002).

Medicinske sestre naj bodo pozorne tudi na prepoznavanje znakov in oblik psihične bolečine. Ustvariti je potrebno prijazno in spodbudno okolje, komunikacija naj bo odprta in odkrita. V medosebnem odnosu je pomembna terapijska komunikacija, čustvena opora ter zaznava in občutenje pacientove stiske, bolečine. Pacient, ki čuti bolečino, potrebuje čas in priložnost, da spregovori o vzrokih in potencialnih posledicah svojega stanja, da razume,

kaj povzroča bolečino ali kaj prispeva k njej. Izrazi naj svoje strahove in bolečino, le tako lahko pripomoremo k zmanjšanju predvsem psihične bolečine (Čuk, 2002).

Zaključek

Za kakovost življenja je pomembna skladnost telesa in duha. Čustva igrajo pomembno vlogo pri obvladovanju telesne in duševne bolečine, ki sta med seboj povezani, saj vemo, da lahko različna negativna čustva povečajo telesno bolečino in obratno. Pomembno je, da skupaj s pacientom, ki ima težave pri obvladovanju bolečine ugotovimo čustva, ki sprožajo, povečajo bolečino in iščemo strategije, kako bi jih obvladali. Z zaupanjem, spoštovanjem, empatijo in sprejemanjem pacienta poskušamo vzpostaviti terapevtsko komunikacijo, ki zgradi zaupen in pristen odnos med pacientom in medicinsko sestro, ki je ključen pri reševanju duševnih stisk in bolečin.

Literatura:

Bürger Lazar, M., 2015. Psihološki vidiki kronične in/ali ponavljajoče se bolečine pri otroku in mladostniku. *Slovenska pediatrija*, 22(1/2) pp. 81–88.

Čuk, V., 2002. Zdravstvena nega in duševna bolečina. In: Bavčar, K., et al. eds. *Bolečina – Izživ*. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, pp. 54–68.

Fisher, B. J., Haythornthwaite, J. A., Heinberg, L. J., Clark, M. & Reed, J., 2001. Suicidal intent in patients with chronic pain. *Pain*, 89(2-3), pp. 199–206.

Kovačič, D., 2014. Bolečina: psihološka stran mehanizma preživetja. *Anthropos*, 46(1/2), pp. 65–86.

Pungartnik, J. & Vavh Janiš, M., 2013. Zdravljenje bolečine v enoti intenzivne medicine. In: Buhvald, A. ed. *40. let zdravstvene nege v enoti intenzivne medicine operativnih strok Splošne bolnišnice Slovenj Gradec: zbornik predavanj z recenzijo. Simpozij s področja zdravstvene nege v intenzivni medicini, junij 2013. Slovenj Gradec: Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Oddelek za anestezijo in intenzivno medicino operativnih strok, Enota za intenzivno medicino*, pp. 38–45.

Rus-Makovec, M., 2010. Vloga psihiatra pri kronični bolečini. *Rehabilitacija*, 9(2), pp. S27–S33.

Smith, M. T., Edwards, R. R., Robinson, R. C. & Dworkin, R. H., 2004. Suicidal ideation, plans and attempts in chronic pain patients: factors associated with increased risk. *Pain*, 111(1-2), pp. 201–208.

Ščavničar, E., 2004. Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(2), pp. 101–111.

Temnik, S. & Marušič, A., 2009. Boli me telo? Boli me duša? Boli me! *Psihološka obzorja*, 18(2), pp. 67–76.



Ivanka Limonšek,

dipl. m. s., univ. dipl. org., je svojo poklicno pot pričela v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor na Dispanzerju za otroke, kjer je delovala preventivno in kurativno na področju pediatrične zdravstvene nege. V amerškem mestu Denver v Koloradu se je udeležila izobraževanja za inštruktorje poučevanja razvojnega testa DENVER II. Pridobila si je naziv »master instruktor« in licenco za testiranje otrok ter izobraževanje izvajalcev testa v svoji državi. Bila je članica delovne skupine za standardizacijo testa DENVER II pod okriljem Razširjenega strokovnega kolegija za pediatrijo in Zdravstvenega sveta pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije. Na Dispanzerju za otroke je bila prepoznana in imenovana za vodenje negovalnega tima v razvojni ambulanti, kjer se je posvečala otrokom s posebnimi potrebami. Je habilitirana predavateljica za področje zdravstvene nege otroka in mladostnika na Visoki zdravstveni šoli v Celju.

Kasneje jo je želja po novih delovnih izzivih na področju zdravstvene nege pripeljala v Zavod za usposabljanje, delo in varstvo Dornava, kjer je zaposlena kot vodja zdravstvene službe. Po usposabljanju s področja kakovosti si je pridobila naziv »Procesni vodja za E-Qalin. S strani Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti je prejela strokovni naziv Samostojni svetovalec.

V regijskem Društvu medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor in v Zbornici – Zvezi kot krovni organizaciji je dejavna na različnih področjih. Je članica strokovne skupine za izvajanje strokovnih nadzorov s svetovanjem dejavnosti zdravstvene nege. Zaključila je štiriletno mandatno obdobje kot aktivna članica izvršnega odbora Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji. V letošnjem letu je v tej sekciji prevzela predsedovanje.

Njeno publicistično in raziskovalno delo obsega pomembne strokovne prispevke, kjer je kot avtorica ali soavtorica pomagala razvijati posamezna strokovna področja. Je avtorica in soavtorica številnih publikacij, soavtorica priročnika DENVER II Slovenija, cenjena predavateljica, ki skrbi za vidnost, slišnost in prepoznavnost stroke zdravstvene nege.

Prepoznavanje in pristopi lajšanja bolečine pri osebah z motnjo v duševnem razvoju

Ivanka Limonšek

Zavod za usposabljanje, delo in varstvo Dornava

Izvleček

Uvod: Bolečina je temeljna človeška izkušnja, igra pomembno vlogo in vpliva na kakovost življenja. Z bolečino so povezana razna vedenja, načini izražanja bolečine pa so odvisni od vsakega posameznika. Pri osebah z motnjo v duševnem razvoju (MDR) je bolečino težje prepoznati. Namen raziskave je ugotoviti, kako medicinske sestre prepoznajo bolečino ter kako bolečino lajšajo.

Metoda: V raziskavi smo uporabili metodo deskripcije, osrednji del pa je predstavljala kvantitativna metodologija. Za instrument smo uporabili anketni vprašalnik. Uporabili smo neslučajnostni, priložnostni vzorec, v katerega smo vključili 40 medicinskih sester v socialno varstvenem zavodu za usposabljanje. Podatke smo analizirali s pomočjo programa Microsoft Office Excel 2013. V raziskavi so sodelovali tehniki zdravstvene nege in diplomirane medicinske sestre. Sodelovanje je bilo anonimno in prostovoljno.

Rezultati: Ugotovili smo, da je bolečino pri osebah z MDR težje prepoznati, kar 70,8 % izvajalcev poroča, da imajo težave pri ocenjevanju bolečine. Medicinske sestre bolečino lajšajo s farmakološkimi in nefarmakološkimi metodami (79,2 %). Za prepoznavo bolečine uporabljajo NIPS lestvico, v manjšem deležu vizualno analogno skalo (VAS).

Razprava in sklep: V raziskavi smo ugotovili, da medicinske sestre, kljub težavam, dobro prepoznajo bolečino. Prepoznana bolečina je pogoj za izbiro metode lajšanja bolečine. Bolečina se lahko nadzoruje in obvladuje z različnimi metodami. Medicinska sestra je tista, ki na podlagi lastnih izkušenj in strokovnega znanja prepozna bolečino in primerno ukrepa.

Ključne besede: znaki bolečine, ocena bolečine, uporaba nefarmakoloških in farmakoloških metod, vloga medicinske sestre

Uvod

Motnja v duševnem razvoju (MDR) je nevrološko pogojena razvojna motnja, ki nastopi pred dopolnjenim osemnajstim letom starosti in se kaže v nižjih intelektualnih in prilagoditvenih spretnosti. Glede na stopnjo motnje v duševnem razvoju ločimo osebe z lažjo, zmerno, težjo in težko motnjo v duševnem razvoju (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve [MDDŠ], 2004). Zaradi specifičnosti njihovih potreb je potrebno pristopati individualno in celostno. Posamezniki jih zaradi motnje v duševnem razvoju ne zmorejo ali ne znajo sami identificirati. Dojemanje je včasih tako omejeno, da je zadovoljevanje dnevnih in drugih aktivnosti lahko razumljeno kot grobo poseganje v njihov osebni prostor. Nekateri lahko reagirajo z nemirom zaradi strahu, ki ga povzročajo negativni občutki zaradi nezmožnosti razumevanja, drugi ne zmorejo izraziti svojega počutja, pri nekaterih lahko izvajanje dnevnih aktivnosti sproži bolečino (Limonšek, 2008; Brenčič, 2008).

Bolečina je temeljna človeška izkušnja, igra pomembno vlogo in vpliva na kakovost življenja. Najtežje je, kadar bolečina ni prepoznana. Z bolečino so povezana razna vedenja, načini izražanja bolečine pa so odvisni od vsakega posameznika (Del Vecchio Good, et al., 1994). Vse bolečine so resnične. Enako občutimo tiste, katerih vzrok je poškodba tkiva, kot tiste, ki imajo psihološke vzroke. Nobena občutena bolečina ni namišljena (Temnik & Marušič, 2009).

Pojavnost bolečine

Raziskave pravijo, da se pri osebah z MDR pojavlja 2,5 krat več zdravstvenih težav kot pri ostali populaciji (Van Schroyensteen Lantman-De Valk, et al., 2000). Osebe z MDR trpijo za mišično skeletnimi bolečinami in bolečinami v trebuhu (Walsh, et al., 2011). Osebe z MDR so 3 krat pogostejše hospitalizirane, tekom tega izpostavljene medicinsko tehničnim posegom, bolečina pa velikokrat zaradi pomanjkanja znanja izvajalcev ni prepoznana (Baldrige & Andrasik, 2010).

Pri osebah z Downovim sindromom se največ težav pojavlja na področju ustnega zdravlja, vnetja ušes in respiratorna obolenja. Pri osebah z avtizmom se pogostejše pojavljajo gastro-intestinalna obolenja, bolečine v trebuhu in epilepsija (Baldrige & Andrasik, 2010). Pri osebah s cerebralno paralizo (CP) se pojavlja bolečina, ki je v 30–80 % posledica zmanjšane dejavnosti (Hombergen, et al., 2012). Pojavlja se pri vseh stopnjah motorične prizadetosti in s starostjo narašča (Kos, 2013). Penner s sodelavci (2013) in Pirc (2005) so v raziskavi ugotovili, da kar ena od štirih oseb s CP bolečino doživlja vsak dan (kronična bolečina). Bussotti & Pedreira (2013) navajata, da osebe s CP največkrat bolečino občutijo zaradi bo-

lečih posegov, zaradi izvajanja nege in oskrbe, pri hoji, med rehabilitacijo in pri nameščanju opornic. Akutna bolečina se pojavlja med izvajanjem medicinskih in terapevtskih posegov, medtem, ko se kronična bolečina najpogosteje pojavlja zaradi mišičnih krčev. Prisotna je seveda tudi po pooperativnih posegih.

Najpogostejši vzrok bolečine je spastičnost, skolioza, subluksacija kolkov, bolečine zaradi zaprtja in bolečine v hrbtenici (Jekovec Vrhovšek, et al., 2015). Walker (2013) opisuje, da so najpogostejša mesta bolečine kolk, kolena, hrbet in vrat.

Prepoznavna bolečine

Pri osebah z MDR se pojavlja vprašanje, kako prepoznati bolečino in jo pravilno oceniti. Primeren merski instrument za merjenje bolečine omogoča razlikovanje med akutno bolečino (npr. pooperativno) in kronično bolečino. Sistematičnega in standardiziranega pristopa za prepoznavanje vzroka bolečine pri osebah z MDR za zdaj ni. Bolečino pogosto težko prepoznamo zaradi spremljajočih težav (npr. težav s sporazumevanjem, nižjih kognitivnih sposobnosti). Tudi znanje in izkušnje zdravstvenih delavcev so na tem področju manjše (Pajnkihar, 2005; Damjan, 2011). Pogoji za pravilno obravnavo pri lajšanju bolečine je, da bolečino ovrednotimo. Medicinska sestra je tista, ki na podlagi lastnih izkušenj in strokovnega znanja ter uporabo različnih lestvic prepozna bolečino in primerno ukrepa (Pajnkihar, 2005). Otroci so zmožni lastnega poročanja o boleznih šele, ko začnejo govoriti. Kognitivne sposobnosti za lastno oceno bolečine se pojavijo med 3. in 4. letom starosti. Vizualne analogne lestvice in kategoričnih lestvic še ne znajo uporabljati. Pri prepoznavanju bolečine pri osebah z MDR si pomagamo z opazovanjem, kar je prednost, saj je neodvisno od posameznikove komunikacijske razvojne sposobnosti (Krčevski Škvarč, 2005). Pomemben simptom bolečine so lahko vedenjske težave, težave s spanjem in slabše sodelovanje (Kos, 2013). Najpogosteje bolečino prepoznamo po grimasah na obrazu, stokanju, pojavi se nemir, zmanjšana pozornost, spremenjen mišični tonus, zbegano obnašanje, ječanje, brezciljna hoja, spremenjena telesna drža. Bolečino lahko ovrednotimo tudi po vitalnih znakih, kot so: povišan pulz in krvni tlak, pospešeno dihanje, znoj, bledica, izguba teka in znižana saturacija (Khaled, 2014).

Pristopi k lajšanju bolečine

Za lajšanje bolečine so na voljo nefarmakološke in farmakološke metode. Pri osebah z MDR so nefarmakološke metode prav tako pomembne, najbolj učinkovita pa je kombinacija obeh metod (Krčevski Škvarč, 2005). Izsledki številnih raziskav kažejo, da lahko bolečino pri manjših posegih učinkovito zmanjšamo tudi z uporabo raztopin naravnih sladkorjev

(Javh & Rutar, 2003). V tujini si pri lajšanju bolečine vse bolj pogosto pomagajo s kognitivno-vedenjsko terapijo (*angl.* cognitive behavioral therapy, CBT), predvsem za zmanjšanje intenzivnosti bolečine in čustvenih stisk, ki izhajajo iz bolečine (Cerebral Palsy Alliance, 2015). Pri lajšanju bolečine lahko pomagamo s t. i. pozicijskimi spalnimi sistemi (PSS), tj. blazinami s spominsko peno, ki zagotavlja zadrževanje položaja telesa v razbremenjenem položaju. Pri izbiri ustrezne blazine je potrebno upoštevati posebnosti posameznika in ugotoviti tisti položaj, ki mu najbolj ustreza, upoštevati stopnjo rasti, dovzetnost za razjede zaradi pritiska in telesne sposobnosti (Cerebral Palsy Alliance, 2015). Primerna metoda za zmanjšanje bolečine je uporaba bazalne stimulacije, ki ima na posameznika blagodejen in sproščujoč vpliv, predvsem zaradi telesnega dotika, ki nadomesti komunikacijo in preko čutnih zaznav pomaga posamezniku doseči sprostitev s tem pa tudi znižati napetost, mišični tonus in preusmeriti pozornost od občutenja bolečine (Ramovš, 2017).

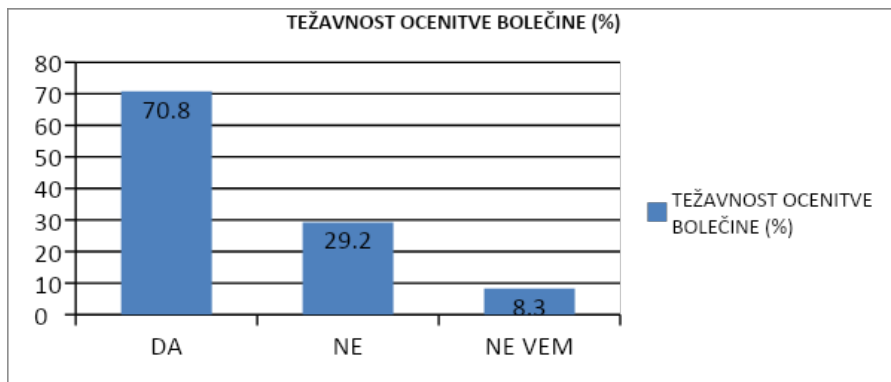
Metode

V teoretičnem delu so bili podatki zbrani s pomočjo domače in tuje strokovne in znanstvene literature, pri čemer smo iskali naslednje ključne besede: znaki bolečine, ocena bolečine, uporaba nefarmakoloških metod, vloga medicinske sestre. V raziskavi smo uporabili metodo deskripcije, osrednji del pa je predstavljala kvantitativna metodologija. Za instrument smo uporabili anketni vprašalnik. Uporabili smo neslučajnostni, priložnostni vzorec, v katerega smo vključili 40 medicinskih sester v enem od socialno varstvenih zavodov. Podatke smo analizirali s pomočjo programa Microsoft Office Excel 2013. V raziskavi so sodelovali tehniki zdravstvene nege in diplomirane medicinske sestre. Sodelovanje je bilo anonimno in prostovoljno.

Rezultati

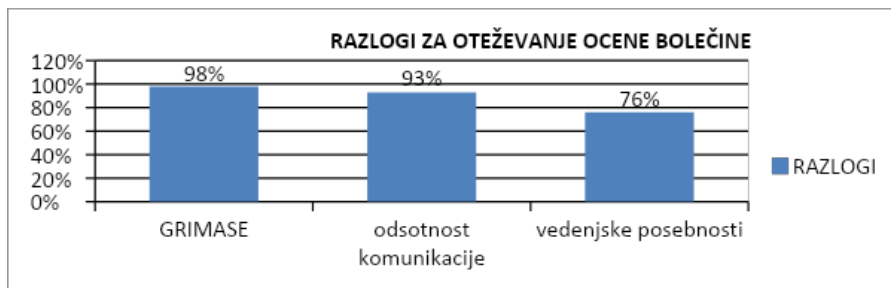
Raziskava, ki je potekala v oktobru, 2019 je pokazala naslednje rezultate:

Graf št. 1: Težave ocenitve bolečine

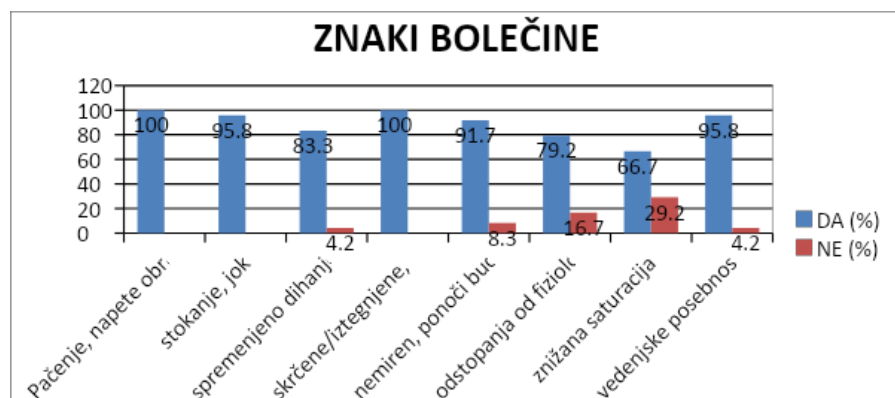


Anketirani so kar v 70,8 % poročali, da imajo težave pri ocenjevanju bolečine, 29,2 % jih je poročalo, da težav nima, 8,3 % so odgovorili ne vem.

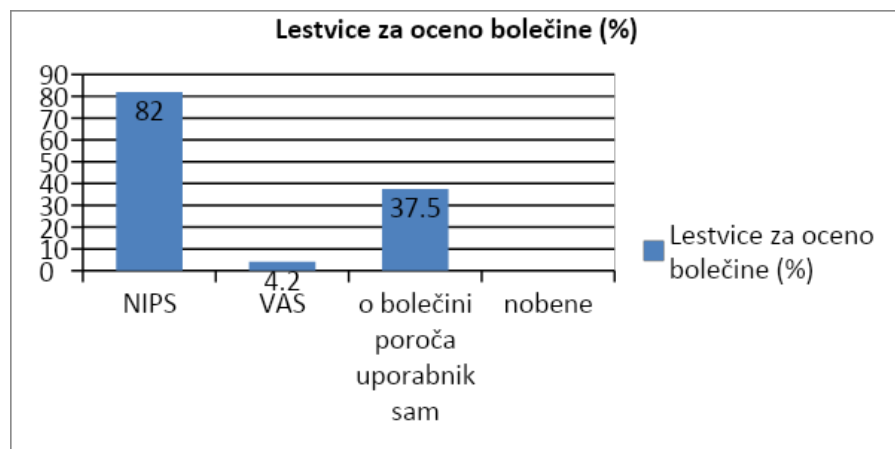
Graf št. 2: Vzrok težave ocenitve bolečine



Graf 3: Simptomi kot pokazatelj bolečine

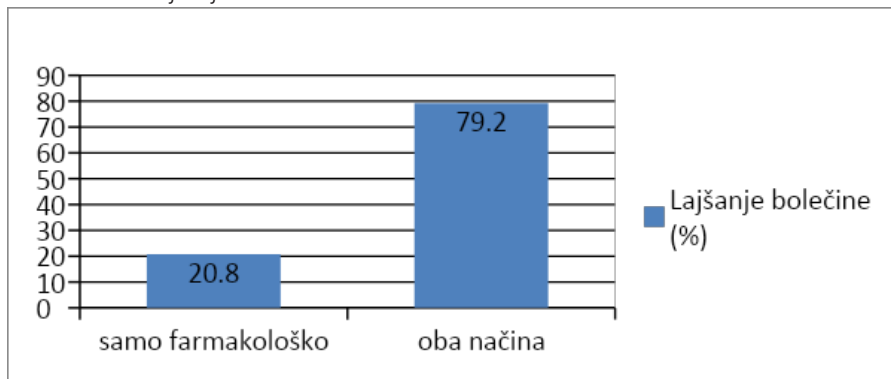


Graf 4: Lestvice za oceno bolečine



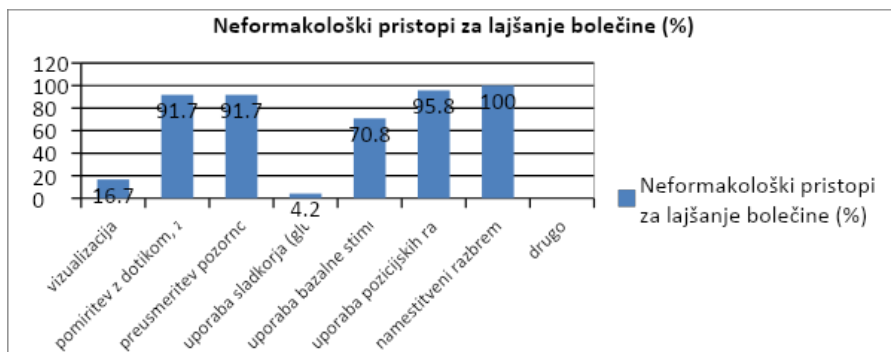
82 % izvajalcev v zdravstveni negi na delovnih enotah, kjer uporabniki ne govorijo, je za ocenjevanje bolečine uporabilo NIPS lestvico. 37,5 % poroča, da uporabniki sami povedo o prisotnosti bolečine. 4,2 % izvajalcev v zdravstveni negi je uporabilo lestvico VAS.

Graf 5: Načini lajšanja bolečine



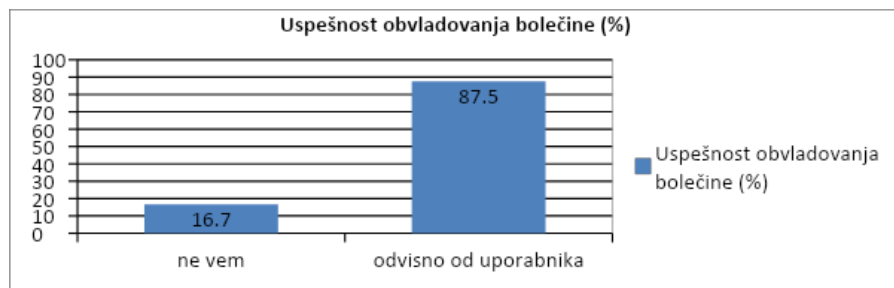
Kar 79,2 % anketiranih je mnenja, da je potrebno bolečino lajšati na farmakološki in nefarmakološki način. 20,8 % izvajalcev bolečino lajša na farmakološki način.

Graf 5: Nefarmakološki pristopi



Večina anketiranih (91,7 %) pri uporabi nefarmakoloških metod posega po kombinaciji pomiritve, preusmeritve pozornosti, uporabi razbremenilnih blazin in namestitvev v razbremenilne položaje. Najmanj (4,2 %) se poslužuje uporabe glukoze ter vizualizacije (16,7 %).

Graf 6: Uspešnost lajšanja bolečine



Kar 87,5 % izvajalcev meni, da je uspešnost lajšanja bolečine odvisna od posameznika, 16,7 % pa meni, da ne ve koliko so uspešni.

Razprava

Pajnkihar (2005) in Damjan (2011) pravita, da je bolečino pri osebah, ki je ne znajo opisati, težko prepoznati. Prepoznavanje bolečine je povezano tudi z izkušnjami zdravstvenih delavcev. Naša raziskava je pokazala, da je prepoznavna bolečine odvisna od zmožnosti komuniciranja. Tudi naša raziskava potrjuje navedbe številnih avtorjev, da bolečino težko prepoznamo predvsem zaradi duševne motnje, težav s sporazumevanjem in vedenjskih posebnosti. Opravljena raziskava je pokazala, da je prepoznavna bolečine kljub vsemu dobra, ne glede na leta delovne dobe. Khaled (2014) opisuje fiziološke znake po katerih prepoznavamo bolečino. Rezultati potrjujejo, da so znaki NIPS lestvice tisti, po katerih se bolečina najučinkoviteje prepozna. Raziskava je pokazala, da je kot pokazatelj bolečine najmanj izpostavljena znižana saturacija, kar lahko izhaja iz navedbe, da je bolečina dovolj zgodaj prepoznana in obvladovana. Krčevski Škvarč (2005) navaja, da je najučinkovitejše, če izvajalci za lajšanje bolečine uporabljajo različne metode. Podobne rezultate smo dobili tudi mi. Rezultati kažejo, da se farmakološkega načina lajšanja bolečine poslužujejo predvsem na tistih enotah, kjer živijo uporabniki, ki imajo več težav na vedenjskem in čustvenem področju in niso gibalno ovirani. Na delovnih enotah, kjer so uporabniki gibalno ovirani pa izvajalci posegajo po različnih metodah, kar se v večini pokaže za učinkovito. Uporaba različnih nefarmakoloških metod je pri obvladovanju bolečine sredstvo, ki pripomore k lajšanju bolečine in dvigu kakovosti življenja (Javh & Rutar, 2003; Krčevski Škvarč, 2005; Ramovš, 2017). Pri lajšanju bolečine se je pokazalo, da se izvajalci poslužujejo različnih metod, najmanj uporabljajo metodo vizualizacije in uporabo glukoze, kar ponazarja značilnost populacije – motnja v duševnem razvoju in starost uporabnikov (večji otroci in mladostniki ter odrasle osebe z motnjami v duševnem razvoju). Izražanje bolečine je odvis-

no od vsakega posameznika (Del Vecchio Good, Brodwin, et al., 1994). Tudi naša raziskava je pokazala, da izvajalci zdravstvene nege menijo, da je uspešnost obvladovanja bolečine odvisna od posameznika.

Zaključek

Prepoznana in obvladovana bolečina vpliva na kakovost življenja posameznika. Večjo uspešnost pri obvladovanju bolečine nam zagotavlja individualen in celosten pristop. Osebe z motnjo v duševnem razvoju zaradi osnovne motnje in pridruženih težav občutijo bolečino kot drugi, žal pa je včasih ne zmorejo ali ne znajo izraziti. Vloga medicinskih sester je zelo pomembna, saj je bolečino potrebno prepoznati in z izbiro metod tudi obvladovati. Ocenjevanje bolečine mora temeljiti na verodostojni oceni, zato je izbira prave metode ocenjevanja pomembna pri načrtovanju aktivnosti, ki bolečino lajšajo. Zagotavljanje izobraževanja in pridobivanje dodatnih znanj so pogoj za strokovni in kakovostni pristop.

Literatura:

- Baldrige, K. H. & Andrasik, F., 2010. Pain Assessment in People with Intellectual or Developmental Disabilities. *American Journal of Nursing*, 110(12), pp. 28-35.
- Brenčič, J., 2008. Sodoben pristop v pediatrični zdravstveni negi pri otrocih in mladostnikih s posebnimi potrebami. In: *Pediatrična zdravstvena nega otroka in mladostnika z motnjami v telesnem in duševnem razvoju Zbornik predavanj, Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi društev*. Dornava, 9. maj 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 12 – 9.
- Bussotti, E. A., Pedreira da Luz Gonçalves, M., 2013. Pain in children with cerebral palsy and implications on nursing practice and research: integrative review. *Revista Dor*, 14 (2), pp. 142-146.
- Cerebral Palsy Alliance, 2015. Annual report 2015. Available at: https://www.cerebralpalsy.org.au/wpcontent/uploads/2013/02/CerebralPalsyAlliance_AnnualReport2015.pdf [09.10.2019].
- Damjan, H., 2011. Z dokazi podprta rehabilitacija odraslih s cerebralno paralizo. *Rehabilitacija*, 10(1), pp. 127 – 130.
- Del Vecchio Good, M.J., Brodwin P., Good, B. & Kleinman, A., 2012. Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Hombergen, S. P., Huisstede, B. M., Streur, M. F., Stam, H. J., Slaman, J., Bussmann, J. B., et al., 2012. Impact of cerebral palsy on health-related physical fitness in adults: systematic review. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 93(5), pp. 871-881.
- Javh, T. & Rutar, V., 2003. Prepoznavna, obravnavna in preprečevanje bolečine pri novorojenčkih in dojenčkih. *Medicinski razgledi*, 42(2), pp. 119 – 131.
- Jekovec Vrhovšek, M., Damjan, H., Žen Jurančič, M., Schara, K. & Bratec, J., 2015. Potreba po celostni zdravstveni oskrbi za odrasčajoče in odrasle osebe s cerebralno paralizo v Sloveniji. *Rehabilitacija*, 14(1), pp. 40-47.
- Khaled S., 2014. Neonatal infant pain scale (NIPS). Available at: https://www.researchgate.net/post/Does_anyone_use_neonatal_pain_assessment2 [9.10. 2019]
- Kos, H., 2013. Zdravstvene težave, povezane s cerebralno paralizo, predvsem bolečina. Zveza sožitje. Available at: <http://www.soncek.org/cerebralna-paraliza/cerebralna-paraliza/definicije-vzroki-pogostost-oblike> [10. 1. 2019].

Krčevski Škravč, N., 2005. Lajšanje in zdravljenje bolečine pri otroku. In: Gregorič, A. ed. XV. srečanje pediatrov v Mariboru z mednarodno udeležbo in II. srečanje medicinskih sester z mednarodno udeležbo. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, pp 69-71.

Limonšek, I., 2008. Vloga medicinske sestre v multidisciplinarnem timu v ZUDV Dornava. In: Pediatrična zdravstvena nega otroka in mladostnika z motnjami v telesnem in duševnem razvoju Zbornik predavanj, Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi društev. Dornava, 9. maj 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 7–10.

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve [MDDSZ] 2004. Vizija razvoja socialno-varstvenih zavodov za usposabljanje. Available at: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/zavodi_usposabljanje_vizija_kocno.pdf [9.10. 2019].

Pajkinkihar, M., 2005. Bolečina pri otroku. In: Gregorič, A. ed. XV. srečanje pediatrov v Mariboru z mednarodno udeležbo in II. srečanje medicinskih sester z mednarodno udeležbo. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, pp. 179-182.

Penner, M., Xie, W.Y., Binopal, N., Switzer, L. & Fehlings, D., 2013. Characteristics of Pain in Children and Youth With Cerebral Palsy. *Pediatrics*, 132(2), pp. 407–413.

Pirc, J., 2005. Prepoznavanje, ocenjevanje in merjenje bolečine. In: Krčevski Škravč, N. ed. 9. Seminar o bolečini, 10. in 11. junij 2005. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, pp. 173–177.

Ramovš, J., 2017. Bazalna stimulacija. *Kakovostna Starost*. 20(2), p. 52.

Van Schroyensteen Lantman-De Valk, M. J., Metsemakers, J. F. M., Meindert, J., Haveman, H. M. & Crebolder, H. F., 2000. Health problems in people with intellectual disability in general practise. *Family Practice*, 17(5), pp. 405–407.

Temnik, S. & Marušič, A., 2009. Boli me telo? Boli me duša? Boli me!. *Psihološka obzorja / Horizons of Psychology*, 18(2), pp. 67-76.

Walker, D., 2013. Spotlight on Cerebral Palsy: Cerebral Palsy and aging. Available at: <http://www.griswoldhomecare.com/blog/spotlight-on-cerebral-palsy-1-cerebral-palsy-and-aging/#ixzz3xoln5fyy> [21. 9. 2019].

Walsh, M., Morrison, T. G. & McGuire, B. E., 2011. Chronic pain in adults with an intellectual disability: prevalence, impact, and health service use based on caregiver report. *Pain*. 152(9), pp. 1951-1957.

A portrait of a woman with blonde hair, smiling, resting her chin on her hand. She is wearing a leopard print top. The background is a solid blue color.

Nadja Lubajnšek

se je po končanem študiju na Visoki zdravstveni šoli Maribor leta 2004 zaposlila na Kliniki za ginekologijo in perinatologijo takratne Splošne bolnišnice Maribor kot diplomirana medicinska sestra v negovalni enoti. Pripravištvu in prvi dve leti je bila zaposlena na Oddelku za splošno ginekologijo in ginekološko urologijo.

Zaradi vključevanja v mednarodne raziskave na področju ginekološke onkologije in onkologije dojk ter aplikacije sistemske terapije onkološkim pacientkam, je bila leta 2006 premeščena na Oddelek za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk.

Ker jo je paliativna oskrba že od nekdaj zanimala, je leta 2012 ob ustanovitvi Enot za paliativno oskrbo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor postala aktivna članica omenjene enote.

Leta 2015 je na Fakulteti za zdravstvene vede zagovarjala magistrsko delo z naslovom Uporaba zdravil v zadnjem tednu življenja in si tako pridobila naziv magistrica zdravstvene nege.

Po desetih letih izkušenj na področju ginekološke onkologije in onkologije dojk je leta 2016 postala strokovna vodja zdravstvene nege Oddelka za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk.

Leta 2018 je v organizaciji Zbornice - Zveze končala strokovno usposobljenost na ožjem strokovnem področju in si tako pridobila specialna znanja s področja izvajanja paliativne zdravstvene nege in oskrbe.

Je strokovna sodelavka za področje ginekološke zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru.

Zavzema se za kakovostno in strokovno paliativno oskrbo pacientk na oddelku, za kakovostno življenje in umiranje s pomočjo ustreznih zdravil, načel in pristopov v paliativni oskrbi.

Bolečina - najpogostejše obravnavan simptom v paliativni oskrbi

Nadja Lubajnshek

Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo,
Oddelek za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk

Izvleček

Življenje vseh nas je omejeno, to je popolnoma gotovo. Kdaj bo prišla zadnja doba, k sreči ne vemo. Vemo pa, da dobra obravnava bolečine v paliativni oskrbi olajša življenje neozdravljivo bolnim pacientom. Pri obravnavi bolečine je zelo pomembna komunikacija med pacientom in celotnim zdravstvenim timom. Bolečina pa ni vedno odraz nekega fizičnega nelagodja, za bolečino se lahko skriva tudi kaj drugega. Paliativna oskrba je pristop, ki izboljša življenja neozdravljivo bolnih pacientov in njihovih družin. Na Oddelku za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk Univerzitetnega kliničnega centra (UKC) Maribor je dnevno srečanje s pacientkami v paliativni oskrbi pogosto. Mnogo pacientk ostane v akutni obravnavi. Izvajajo se agresivni postopki, predpisujejo se neprimerna zdravila, ki posledično ne lajšajo tistih simptomov, ki so v ospredju. Kljub navodilom in smernicam se aplicirajo draga zdravila in izvajajo se drage preiskave, ki večkrat povzročajo trpljenje. Ker je bolečina v paliativni oskrbi najpogostejše obravnavan simptom, je cilj prispevka, pregledati relevantno literaturo, ki opisuje bolečino in vrste bolečine v paliativni oskrbi ter pregledati raziskovalne modele, uporabljene v ključnih raziskavah bolečine v paliativni oskrbi. Namen prispevka je predstaviti farmakološko in ne-farmakološko zdravljenje bolečine v paliativni oskrbi, predstaviti, kakšna je uporaba analgetikov v zadnjem tednu življenja na Oddelku za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk UKC Maribor.

Ključne besede: *paliativna oskrba, bolečina, onkološki pacient*

Uvod

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) opredeljuje paliativno oskrbo kot oskrbo pacientov z neozdravljivo boleznijo in njihovih bližnjih. Njen namen je izboljšati kakovost življenja pacientov in njihovih bližnjih s preventivnimi ukrepi in lajšanjem trpljenja tako, da omogočimo zgodnje odkrivanje, oceno in ustrezno obravnavo bolečine ter drugih telesnih,

psiholoških, socialnih in duhovnih težav (World Health Organisation, n. d.). Da bo paliativna oskrba kakovostna, potrebujemo na tem področju strokoven multidisciplinaren tim. Takšen tim, ki bo pacientom nudil organizirano in neprekinjeno paliativno oskrbo in jih ne bo puščal v domeni akutne obravnave z agresivnimi postopki diagnostike in terapije, kar povzroča nepotrebno trpljenje, tudi ko so možnosti ozdravitve že izčrpane. Pacienti v paliativni oskrbi imajo zaradi že napredovale bolezni vrsto simptomov. Poleg zdravstvene nege in psihosocialne podpore je primerna uporaba zdravil ključnega pomena celotne paliativne oskrbe in oskrbe v zadnjih dnevih življenja. Po definiciji SZO so ključna zdravila v paliativni oskrbi tista, ki so učinkovita pri obravnavi najpogostejših simptomov, kot so: bolečina, dispneja, kašelj, zaprtje, zapora črevesja, izguba telesne teže in apetita, slabost in bruhanje, depresija in anksioznost, delirij, srbenje, kolcanje in umiranje. Vsa zdravila so dostopna v Sloveniji, žal pa to ne zadošča in ne zagotavlja ustrezne uporabe (Červek, et al., 2017).

Vloga medicinskih sester v zadnjih dnevih življenja je oskrba prisotnih simptomov (bolečine, nemira, izločkov v dihalih, slabosti, bruhanja, težkega dihanja itd.) in ostalih potreb (vlaženje ust, oskrba kože, osebna higiena, izločanje urina in blata, vnos zdravil, prejemanje tekočin, psihološka in duhovna podpora, primerna okolica, podpora bližnjim), ki se lahko v tem času pojavijo (Zavratnik & Mehle, 2014).

Ker pacienti sami težko izrazijo svoje potrebe ali jih sploh ne morejo izraziti, je aktivna vloga medicinskih sester pri predvidevanju in prepoznavanju bolnikovih težav toliko pomembnejša. Spremenijo se tudi cilji oskrbe v tem času in poti, ki jih izberemo, da pridemo do teh ciljev. Vloga medicinskih sester je odvisna tudi od okolja; ali nudimo oskrbo v domačem okolju, bolnišnici, hiši hospic ali institucionalnem varstvu. Ob tem ne smemo pozabiti, da so pacient in njegovi bližnji nedeljiva enota in da so bolnikovi svojci ključen del paliativne oskrbe (Červek & Zavratnik, 2011).

Bolečina v paliativni oskrbi - subjektiven in psihološki fenomen

Bolečina izzove neprijetne občutke in je pogosto rezultat različnih stimulansov, kateri poškodujejo ali uničujejo tkiva zaradi različnih patoloških dogajanj v telesu. Bolečina je subjektiven fenomen in jo je težko objektivno oceniti. Zaradi kompleksnosti jo je še posebej zelo težko oceniti v paliativni oskrbi (PO). V večini primerov je vzrok bolečine v malignem obolenju, nevrolški kompresiji ali infiltraciji tkiva, kostnih metastazah in obstrukciji ali infiltraciji v mehka tkiva. 70 - 90 % vseh pacientov občuti bolečino v vsaj eni izmed faz PO. Reakcija na bolečino je zelo kompleksna in individualna. Stopnja in obseg bolezni ter ocena nelagodja pacienta na bolečino imajo veliko vlogo pri oblikovanju individualne izkušnje z bolečino. Kako bo pacient občutil bolečino kot psihološki fenomen je odvisno od spomi-

na na epizode bolečin, reakcije na bolečino, podpore družine in prijateljev, vere, osebne obrambne sposobnosti in terapevtske strategije. Veliko vlogo pri formaciji izkušnje z bolečino ima tudi stopnja izobrazbe, kultura in tradicija posameznika. Prav tako je individualno izražen prag bolečine. Huda bolečina lahko povzroča mentalno in fizično trpljenje telesa. Takšen pacient je utrujen, slaboten in brez energije. Prav to "slabotno telo" oz. ang. fatig je eden izmed napredujočih simptomov v terminalni fazi bolezni, še posebej pri napredovalih onkoloških boleznih in posledično povečuje slabo kvaliteto življenja pacientov v PO. Izkušnja z bolečino je edinstvena, se individualno razvija in vodi do sprememb v osebnosti posameznika. Bolečina prav tako vpliva na motnje spanja, motnje apetita, zmanjša toleranco na stres in je pogosto vzrok za depresijo. Čeprav je bolečina individualno kompleksna izkušnja, nanjo vpliva veliko fizioloških, psiholoških in spiritualnih faktorjev. Pri ocenjevanju stopnje bolečine in njene pogostosti se morajo obravnavati vsi omenjeni faktorji. Pri vsem tem je zelo pomembna podrobna anamneza pacienta v PO. Prav anamneza nas vodi do pacientovih potreb in določa, ali pacient sploh potrebuje agresivno obliko terapije z analgetiki (Sholjakova, et al., 2018).

Bolečina- najpogostejše obravnavan simptom v PO

Potter in sodelavci (2003) opisujejo, da so simptomi v PO in njihova pogostost odvisni od kakovosti PO. V retrospektivno študijo je bilo vključenih 400 bolnikov treh centrov PO v Londonu. 95 % vseh bolnikov je imelo postavljeno diagnozo rak. Najpogostejši simptom v PO je bila bolečina (64 %), sledila je anoreksija (34 %), zaprtje (32 %), slabost (32 %) in dispneja (32 %).

Prisotnost bolečine zelo vpliva na kvaliteto življenja in je povezana z različnimi psihosocialnimi odzivi. Van den Beuken van Everdingen s sodelavci (2016) dokazuje, da se je zdravljenje bolečine v PO znatno izboljšalo v zadnji dekadi. Po analizi podatkov 122 različnih raziskav so ugotovili, da je kar 66,4 % pacientov z napredovano ali terminalno obliko bolezni tožilo za bolečinami in 38 % pacientov je označilo bolečino kot hudo obliko bolečine.

Takšna prevalenca bolečine pri pacientih z rakom se zadnjih deset let ne spreminja na boljše, kljub razvoju farmakološkega zdravljenja in boljše organizacije skrbi za te paciente skozi celotno PO. Razlogi so številni in povezani z zdravljenjem, naraščanjem populacije pacientov z rakom, ki bolj sporoča svojo bolečino, naraščanjem starostne dobe in prisotnostjo različnih sočasnih bolezni. Osnovni klinični dejavniki, ki vplivajo na nezadostno obvladovanje bolečine so incidenca in prebijajoča bolečina, nevropatska bolečina, jakost bolečine in psihološki distress. Bolečina in ostali simptomi v PO pacientu povzročajo trpljenje

nje, ki se proti koncu življenja stopnjuje. PO takšnih pacientov je nujna, kajti njim in družini zagotavlja celostno podporo pri vseh aspektih življenja (Krčevski Škarč, 2016).

Obravnava bolečine v PO

Strategija obravnave bolečine v PO je sestavljena iz dveh pristopov: ocenjevanje bolečine in zdravljenje oz. obravnava bolečine. Ker je dokazano, da je bolečina individualna izkušnja, moramo simptome, ki so povezani z bolečino tudi oceniti. Zelo pomembna je anamneza pacienta in je tudi prvi korak, ki nam zelo pomaga pri opisu bolečine. Ta postopek ni enostaven v PO. Da bo obravnava bolečine v PO primerna in dobra je zelo pomembno, da ugotovimo mesto bolečine, stanje, kjer je bolečina bolj prisotna, vrsto bolečine, kam bolečina potuje in intenziteto bolečine. Obstajajo različne metode, da ugotovimo resnost bolečine:

- *Kje boli (mesto in smer potovanja bolečine)?*
- *Kdaj boli (konstantno, občasno, ponoči..)?*
- *Kako boli (opis bolečine)?*
- *Kako močno boli (intenziteta bolečine)? (Sholjakova, et al., 2018)*

Poznamo dva tipa ocenjevanja bolečine. Oba tipa se ocenjujeta na podlagi fiziološkega, nevrološkega, nevro-farmakološkega stanja pacienta v PO in pacientove subjektivne izkušnje z bolečino. Prvi tip se nanaša predvsem na *fiziološke spremembe* (porast kortizola v plazmi, porast kateholamina v plazmi, kardio - cirkulatorne motnje, respiratorne spremembe, jok, grimase obraza), *nevro - farmakološke spremembe* (obratna povezava s plazma beta endorfini, spremembe v temperaturi kože), *nevrološke spremembe* (spremembe v hitrosti živčne prevodnosti, nevrološke disfunkcije, mikro - nevrografi). Drugi tip se nanaša na *metode ene dimenzije* (kategorične skale bolečine, numerološke skale bolečine, vizualne skale bolečine), *metode številnih dimenzij* (vprašalniki, profil občutenja bolečine, opazovanje obnašanja pacienta, dnevnik bolečine, točkovnik bolečine, različni testi..) (Sholjakova, et al., 2018).

Da bi medicinske sestre, ki obravnavajo paciente z bolečino v PO razumele mehanizem delovanja, ki povzroča bolečino, morajo vedeti, da obstajata dva tipa bolečin: somatski in visceralni tip bolečine. *Somatski tip* bolečine izvira iz nociceptivne aktivnosti v koži, podkožju, kosteh, mišicah in krvnih celicah. Bolečinski dražljaj aktivira A-delta vlakna in hitro potuje preko obrobne in centralnega živčnega sistema. Ta oblika bolečine je lokalizirana in jo pacienti opisujejo kot ostro, bolečo in pulzno bolečino. *Visceralni tip* bolečine se aktivira v organih, v votlih sistemih telesa in se prenašajo preko C vlaken. Ta bolečina je bolj

difuzna, pacienti jo opisujejo kot zbadajočo, krčevito, kronično. Zelo pomembno pa je, da medicinske sestre poznajo tudi obliko **nevropatske bolečine**, ki se pojavi zaradi poškodbe ali direktnega pritiska na somato - senzorični sistem. Pacienti takšno bolečino opisujejo kot pekočo, mravljinčasto ali pa imajo nenavadne občutke v smislu otopelosti telesa oz. dela telesa in vrtoglavice (St. Marie, 2013).

Strategije pri obravnavi bolečine v PO

Po ocenitvi bolečine je v PO zelo pomembno, da s pomočjo strategij za obravnavo bolečine izboljšamo kvaliteto življenja pacienta. Zelo pomembno je, da se analgetiki izdajajo na podlagi stopenjske lestvice analgetikov SZO. Do 90 % rakavih pacientov bo dobilo zadostno količino analgetikov, če se bodo zdravstveni delavci držali načel lestvice. Osnovni principi lestvice analgetikov SZO so: redna aplikacija analgetikov, priporočen vnos zdravil je skozi usta, če določen analgetik ne zadošča oz. ne zmanjša bolečino je zelo pomembno, da se pomaknemo višje na lestvico in ne uporabimo drugega zdravila na isti lestvici (MacLeod, et al., 2014).

Farmakološko zdravljenje bolečine

Za zdravljenje kronične bolečine zaradi raka uporabljamo neopioidne in opioidne analgetike, dodatna zdravila za nevropatsko bolečino in dopolnilna zdravila za preprečevanje in zdravljenje neželenih učinkov prej omenjenih zdravil, zlasti opioidov. Na izbiro zdravila, odmerka in pot vnosa vpliva več dejavnikov, to so jakost in vrsta bolečine, starost bolnika in njegove pridružene bolezni, njegove prejšnje izkušnje z zdravljenjem bolečine in splošno stanje bolnika. Analgetike v tristopenjski lestvici izberemo glede na jakost, vrsto in vzrok bolečine. Zdravila uvajamo stopenjsko, najprej neopioidne, ki jih, če ne zadostujejo, zamenjamo ali dodamo šibke opioide. Če šibki opioidi ne zadostujejo, jih zamenjamo z močnimi opioidi. Bolniku z zelo močno bolečino zaradi raka takoj predpišemo močan opioid v najmanjšem odmerku, brez predhodne uporabe šibkega opioida. Na vseh stopnjah zdravljenja bolečine v primeru nevropatske bolečine dodamo dodatna zdravila za zdravljenje nevropatske bolečine. Kronična bolečina pri bolnikih z rakom je običajno stalna, zato bolnik dobiva zdravilo v rednih intervalih. Predpišemo mu opioid z dolgotrajnim delovanjem, ki ga zaužije ali dobi transdermalno. Pred začetkom zdravljenja bolečine z dolgo delujočim opioidom, dnevni odmerek tega zdravila titriramo s pomočjo morfina, ki ima kratkotrajno delovanje. Po oblikovanju tristopenjske lestvice sta možnosti učinkovitega zdravljenja bolečine izboljšali še dve novosti: zdravljenje prebijajoče bolečine s kratko delujočim opioidom, ki ga bolnik vzame po potrebi, in rotacija opioidov. Prebijajoča bolečina je bolečina, ki se pojavi kljub rednemu jemanju dolgo-delujočih opioidov. Pogosto jo občutijo bolniki s kostnimi

metastazami med gibanjem. Predvsem v paliativni medicini, kjer se zaradi napredovanja bolezni jakost bolečine hitro stopnjuje, priporočajo uvajanje močnih opioidov brez predhodne uporabe srednje močnih opioidov, tj. opustitev druge stopnje na lestvici. V zadnjem obdobju bolezni je v primeru, da bolnik ne more zaužiti zdravil, zelo primerna stalna podkožna infuzija s samo krčljivimi baloni ali črpalkami, v katere lahko poleg protibolečinskih zdravil dodamo še zdravila za zdravljenje drugih simptomov napredovale bolezni. Pri pacientih z napredovalo boleznijo lahko uvedemo močne opioide v najmanjših odmerkih brez predhodne uporabe srednje močnih opioidov. Prva izbira je peroralni vnos zdravil za zdravljenje bolečine (Lahajner Čavlovič, et al., 2015).

Ne-farmakološko zdravljenje bolečine

Ogromno pacientov z značilnimi simptomi v PO se kljub podpori tradicionalne medicine obračajo h komplementarnim pristopom in tako poskušajo olajšati fizične in emocionalne stranske učinke. Komplementarna medicina skuša izboljšati fizične, mentalne in duhovne težave ter tako pripomore pri izboljšavi simptomov v PO. Sprejeti težko diagnozo in bolezen, ki ogroža življenje je zelo težko za pacienta in njegove svojce, zato se vse večje število obolelih obrača tudi v alternativne in komplementarne pristope.

Pogosto komplementarna terapija pomaga pri zmanjšanju bolečine, povečuje odpornost in lajša stranske učinke bolezni in zdravljenja. Sistematična analiza raziskave iz leta 2008 je pokazala, da obstajajo dokazi, ki kažejo, kako komplementarna medicina izboljšuje kvaliteto življenja v paliativni oskrbi (Lorenz, et al., 2008).

Na tržišču obstaja vsaj 200 različnih vrst komplementarne terapije. Razvrstimo jih lahko v 4 glavne skupine, kar nam omogoča razumevanje njihove uporabe: *biokemična terapija* (zelišča, prehranska dopolnila, minerali, vitamini, Bachova cvetna esenca, homeopatija, olja za aromaterapijo, itd.), *biomehanična terapija* (masaže, osteopatija, kiropraktika, refleksologija, Alexandrove tehnike, itd.), *stil življenja* (okolje, dieta, telovadba, meditacija, relaksacija, meditacija, hipnoza, itd.), *bioenergetska terapija* (akupunktura, Reiki, Tai Chi, terapevtski dotik, kinesiologija, itd.) (Mansky, 2006).

Uporaba analgetikov v zadnjem tednu življenja na Oddelku za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk UKC Maribor

Lubajnšek (2015) je v kvantitativni, retrospektivni raziskavi, ki je bila izvedena na Oddelku za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk UKC Maribor raziskovala, kakšno PO imajo pacientke v zadnjem tednu življenja. Raziskava je potekala od decembra 2014 do februarja 2015. S pregledom zdravstvene in negovalne dokumentacije 150 smrtnih primerov v letih

2011, 2012 in 2013 je analizirala 85 smrtnih primerov, pri katerih je bil upoštevan kriterij časa hospitalizacije vsaj sedem dni. Povprečna starost pacientk ob smrti je bila 64,3 leta; najstarejša pacientka je imela 88 let, najmlajša pa 35 let. Obravnavali so pacientke z diagnozo raka dojke, raka jajčnika, raka endometrija, raka materničnega vratu, raka vulve in drugo. Vsaka pacientka je v povprečju utrpela vsaj dve vrsti sekundarne neoplazme. V raziskavi so se osredotočili predvsem na značilne simptome v paliativni oskrbi in ključna zdravila, ki jih v paliativni oskrbi uporabljajo. Tako so ugotovili, da je predvsem bolečina tista, ki prednjači pred ostalimi simptomi v paliativni oskrbi. Iz seznama ključnih zdravil v paliativni oskrbi so se v zadnjem tednu življenja najpogosteje uporabljali opioidi. Kot najpogostejšo skupino analgetikov so uporabljali močne opioide (53,2 %), sledili so neopioidni analgetiki (38,5 %), zdravila za nevropatsko bolečino (5,8 %), najmanjša skupina so bili srednje močni opioidi (2,6 %). Prevladujoče zdravilo v zadnjem tednu življenja je bil Alkaloid Morfin®, sledil je Sevredol®, Dipidolor®, Durogesic® in Analgin®. Ostali analgetiki so se aplicirali samo v posameznih primerih (Abstral®), Lyrica®, Oxycotin, Ketonal®, Nalgesin®, Tadol®, Lekadol®, Zaldiar, Transtec®, Neodolpasse®, analgetična mešanica, Naklofen® in Kodein®.

Razprava

Čeprav je PO v zadnjih desetletjih postala samostojna medicinska veda, se žal nemalokrat zgodi, da zdravstveni delavci ne prepoznajo paliativnih pacientov in jim tako ne omogočajo kakovostne in strokovne PO.

Cilj PO je ublažiti simptome in omogočiti čim bolj kakovostno življenje in umiranje. Predvsem bolečina je tisti simptom, ki je najpogosteje obravnavan in prednjači pred ostalimi simptomi v PO (Lubajnshek, 2015).

Teunissen in sodelavci (2007) so v njihovi raziskavi našeli kar 37 vrst simptomov pri pacientih z napredovalim rakom. Ugotovili so, da z napredovanjem bolezni narašča tudi pojavnost bolečine: 24 % - 60 % v aktivnem zdravljenju in 62 % - 86 % v napredovali fazi bolezni.

Uporaba morfina še vedno ostaja na prvem mestu pri zdravljenju bolečine onkoloških pacientov, kar dokazuje tudi raziskava v Veliki Britaniji, kjer so uporabo morfina označili kot "trdnjavo" za zdravljenje bolečine pri rakastih pacientih & Gao, 2012).

Zaključek

Zelo pomembno je, da pacientom v PO zagotavljamo kakovostno življenje. To je glavna naloga nas, zdravstvenih delavcev, ki smo vključeni v PO. Predvsem medicinske sestre so tiste, ki največ časa preživijo ob pacientih in tako najhitreje prepoznajo simptome in potrebe v

PO. V okviru PO želimo pacientu nuditi največje možno udobje, kakovostno življenje, hkrati pa čim uspešnejše lajšati bolečino zaradi neozdravljive bolezni, z ustreznimi zdravili in s primernim pristopom. Kakšna zdravila, kdaj in kako jih uporabiti v PO, mora poznati vsaka medicinska sestra, ki se na kakršenkoli način sreča s pacienti v PO. Vsak posameznik ima individualne potrebe, želje in težave in tako ga moramo tudi obravnavati. Želje in zahteve pacientov se lahko spreminjajo iz danes na jutri in naloga nas je, da jih upoštevamo.

Literatura:

Červek, J. et al., 2017. Zdravila za uporabo v paliativni medicini. Ljubljana: Onkološki Inštitut.

Červek, J. & Zavratnik, B., 2011. Kakovostno umiranje - prednosti uporabe klinične poti. In: Lunder, U., ed. Paliativna oskrba: zbornik / 9. golniški simpozij. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 63- 65.

Higginson, I. & Gao, W., 2012. Opioid prescribing for cancer pain during the last 3 months of life: associated factors and 9- year trends in a nationwide UK cohort study. *Journal of Clinical Oncology*, 30(35), pp. 4373-4379.

Krčevski Škvarč, N., 2016. Obravnava bolečine pri bolniku z rakom, ki potrebuje paliativno oskrbo In: Krčevski Škvarč, N., ed. 4. mariborska šola paliativne oskrbe, Maribor, 25.-26. november 2016. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, pp. 9-18.

Lahajner Čavlovič, S., Krčevski Škvarč, N., Stepanovič, A. & Tavčar, P., 2015. Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. 3th ed. Ljubljana: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine..

Long, L., Huntley, A. & Ernst, E., 2001. Which complementary and alternative therapies benefits which conditions. *Complementary Therapies in Medicine*, 9(3), pp. 178- 185.

Lorenz, K., Lynn, J. & Dy, S., 2008. Evidence for Improving Palliative care at the end of life: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 148(2), pp. 147-159.

Lubajnsšek, N., 2015. Uporaba zdravil v zadnjem tednu življenja: magistrsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

MacLeod, R., McAllum, C. & Swire, T., 2014. Pain Management in Palliative Care. Greenwich: Hammond Care.

Mansky, P., 2006. Complementary Medicine in Palliative care and Cancer Symptom Management. *Cancer Journal*, 12(5), pp. 425-431.

Potter, J., Faega, H., Bryan , T. & Quigley, C., 2003. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliative Medicine*, 17(4), pp. 310-14.

Sholjakova, M., Durnev, V., Kartalov, A. & Kuzmanovska, B., 2018. Pain Relief as an Integral Part of the Palliative care. *Macedonian Journal of Medical Sciences*. 6(4), pp. 739-741.

St. Marie, B., 2013.. Pain management in patients receiving palliative care. *Oncology Nurse Advisor*, pp. 1-6.

Teunissen, S., et al., 2007. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a sytematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1), pp. 94 - 104.

Van den Beuken-van Everdingen, M. et al., 2016. Update on Prevalence of Pain in Patients with cancer: Systematic Review and Meta - Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 6(51), pp. 1070-1090.

World Health Organisation, n. d. WHO Definition of Palliative care. Available at: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [02. 11. 2019].

Zavratnik, B. & Mehle, M., 2014. Vloga zdravstvene nege v zadnjih dnevih življenja. In: Krčevski Škvarč, N., ed. 3. mariborska šola paliativne oskrbe: zbornik prispevkov Maribor, 9.-10. maj 2014. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, pp. 95-105.



Betka Špalir Kujavec,

diplomirana medicinska sestra, je vso svojo poklicno pot zaposlena v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. Leta 1993 je pričela s pripravništvom na Oddelku za interno intenzivno medicino, kjer je šest let pridobivala znanja in izkušnje iz urgentnih in intenzivnih stanj internistične zdravstvene nege. Nato je sedemnajst let opravljala delo diplomirane medicinske sestre na Oddelku za dializo. Je mentorica dijakom in študentom zdravstvene nege ter predavateljica na strokovnih srečanjih. Od ustanovitve bolniškega oddelka leta 2016 deluje na Oddelku za onkologijo. Prižadeva si za profesionalen, empatičen, etičen odnos do bolnikov, njihovih svojcev ter sodelavcev ter za strokovno, kakovostno, odgovorno in varno zdravstveno nego, predvsem v času paliativne obravnave bolnikov.

A portrait of Irena Tominc Krajnc, a woman with short dark hair, looking directly at the camera. The background is a textured blue.

Irena Tominc Krajnc

je po izobrazbi magistrica zdravstvene nege in je od leta 1992 zaposlena v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. Do decembra 2015 je bila zaposlena na Kliniki za ginekologijo in perinatologijo. Nato je sodelovala pri odprtju novega Oddelka za onkologijo v UKC Maribor, kjer je zaposlena kot strokovni vodja zdravstvene nege. Habilitirana je na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, kjer sodeluje pri kliničnih vajah v simuliranem okolju in je mentorica študentom na kliničnem usposabljanju.

Zanima jo predvsem področje onkologije, zato se je dodatno izpopolnjevala na tem področju.

Leta 2010 je zaključila enomesečno neprekinjeno izobraževanje z izpitom na Onkološkem inštitutu Ljubljana in pridobila specialna znanja s področja zdravstvene nege pacienta pri sistemskega zdravljenju raka.

Leta 2017 je opravila neprekinjeno podiplomsko 60 urno izobraževanje iz paliativne oskrbe: Korak za korakom in leta 2018 specialna znanja s področja izvajanja paliativne zdravstvene nege in oskrbe – 120 urno izobraževanje s kliničnim usposabljanjem in izpitom.

Aktivno sodeluje na kongresih, seminarjih in delavnicah s področja onkologije. Z namenom, usposobiti medicinske sestre za rokovanje z vensko valvulo je organizirala in izvedla več kot 20 delavnic z naslovom »Nastavitev, odstranitev atravmatske igle in oskrba venske valvule«.

Spremljanje bolečine pri bolnikih v paliativni oskrbi na Oddelku za onkologijo UKC Maribor

Betka Špalir Kujavec, Irena Tominc Krajnc

Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za onkologijo

Izvleček

Izhodišča: Bolečina je individualna človekova izkušnja, ki ima za pacienta neprijetno čutno in čustveno izkušnjo in je posledica dejanske ali verjetne poškodbe tkiva. Bolečina je eden najpogostejših simptomov, ki se pojavijo pri kroničnih boleznih in predstavlja pomemben medicinski, družbeni, socialni in ekonomski problem. Paliativna oskrba je aktivna, celostna obravnava bolnika z neozdravljivo, neobvladljivo boleznijo. Paliativna oskrba bolnikov zajema zdravstveno nego, obvladovanje bolečine in drugih fizičnih simptomov, lajšanje psihičnih in socialnih težav, vzdrževanje optimalne kakovosti življenja ter pomoč svojcem v času bolezni in žalovanja. V paliativni oskrbi ima medicinska sestra različne vloge - podporno, svetovalno in koordinacijsko. Namen prispevka je prikazati vlogo medicinske sestre, ki spremljanja bolečino pri bolniku v paliativni oskrbi na Oddelku za onkologijo UKC Maribor.

Metode: Uporabili smo kvalitativno metodologijo, kot metodo dela smo uporabili študijo primera pri treh bolnikih v paliativni oskrbi, ki so bili hospitalizirani zaradi potrebe po urejanju neobvladljive bolečine.

Rezultati: Pri obravnavanih bolnikih je bilo izpostavljenih več negovalnih diagnoz. Izpostavili smo spremljanje in urejanje neobvladljive, kronične bolečine, strah, obstipacijo, dehidracijo, slabost.

Razprava: Bolečina se je pri obravnavanih bolnikih ustrezno zmanjšala s farmakološkimi in nefarmakološkimi ukrepi. Cilj je bil bolnik z zmanjšano bolečino ali brez bolečine. Pomembno vlogo pri lajšanju bolečine ima medicinska sestra, ki s svojim strokovnim znanjem in občutkom za sočloveka deluje zdravstveno vzgojno na bolnika in svojce.

Ključne besede: bolečina, paliativna oskrba, medicinska sestra, onkološki bolnik

Uvod

Ovladovanje bolečine pri rakavih boleznih je zaradi bolezenskega procesa, posledic zdravljenja in neželenih učinkov, povezanih z zdravljenjem, zahtevna naloga. Vodenje bolnika, ki trpi zaradi kronične bolečine, nastale zaradi raka, predstavlja velik izziv za zdravnika in medicinsko sestro. Ob formalnem znanju so potrebne tudi dodatne veščine. Z namenom spodbujanja na dokazih podprte prakse v zdravstveni negi je združenje Oncology nursing society pripravilo evidenco intervencij za obvladovanje različnih simptomov. Evidenca intervencij za obvladovanje bolečine vsebuje farmakološke in nefarmakološke intervencije, kategorizirane v treh skupinah (Oncology nursing society, 2013).

Uporaba smernic pri obvladovanju bolečine je smiselna, saj lahko pomembno vplivamo na kakovost življenja bolnikov.

Bolečina pri bolnikih z rakom

Bolečina je eden najpogostejših simptomov, s katerim se srečujejo bolniki z rakom. Bolečina je po definiciji Mednarodnega združenja za proučevanje bolečine (IASP – International Association for the Study of Pain) lokaliziran neprijeten občutek nelagodja ali stiske, ki nastane zaradi vzdraženja receptorjev za bolečino (nociceptorjev) ob poškodbi tkiva. Je kompleksen in neprijeten simptom, ki ga dokončno izoblikujejo tako zaznavni, čustveni in socialni kot kulturni dejavniki (Grašič Kuhar & Ebert Moltara, 2018).

Ameriško združenje za negovalne diagnoze NANDA definira bolečino kot stanje, ko oseba doživlja in izraža močno neugodje in neprijetne občutke (Gordon, 2006).

Kovačič (2014) navaja, da bolečina velja za neposredno zavestno izkušnjo človeka. Pri bolečini ne gre le za fizično in fiziološko dogajanje, zavzema tudi psihološki proces in psihološko stanje. Nanjo vplivajo čustveni, spoznavni, medosebni, socialni in kulturni dejavniki. Bolečina je skupek telesnega in duševnega trpljenja, ki zajema številna čustva, kot so žalost, potrnost, melanholija, doživljanje izgube slovesa, praznine, včasih tudi hrepenenje, nostalgija (otožnost, domotožje), frustracija, ljubosumje, tesnoba, občutki izobčenosti, nesprejetosti ter osamljenosti.

Kronična bolečina omejuje pacientove vsakdanje aktivnosti, vpliva na družbeno življenje, družinsko vlogo, spanje, prosti čas ter osebne navade. Ima tudi negativen vpliv na ekonomski in socialni status (Dobnik, et al., 2013).

Bolečina je močno povezana z resno boleznijo, kar je za pacienta zelo hudo in ogroža njegovo življenje. Bolečina je pogost spremljevalec pacientov z rakom. Prisotna je pri približno

eni četrtini pacientov z novo diagnosticirano rakavo boleznijo in pri treh četrtinah pacientov z napredovalo boleznijo (Lahajnar, et al., 2008).

Bolečina je neizbežna značilnost številnih rakavih obolenj in je pri le-teh pogosto prisotna. Gre za enega najpogostejših simptomov, ki se pojavijo pri boleznih z napredovalim rakom (Kumar, 2011). Lahko jo povzroči tumor, ki pritiska na organe, kosti in živce, ali pa je posledica kirurškega zdravljenja, zdravljenja s kemoterapijo in radioterapijo, ki lahko povzročijo visceralno in mišično-skeletno poškodbo ter poškodbo živcev (Chapman, 2012a).

Bolečino delimo po različnih kriterijih. Glede na trajanje ločimo akutno ali kronično bolečino (Chapman, 2012a), ki je pri pacientih, obolelih z rakom, zelo razširjena (Sharma, Leon-Casasola, 2013). Glede na izvor bolečinskega dražljaja ločimo *nociceptivno* bolečino in *nevropatsko* bolečino. *Nociceptivna bolečina* je posledica vzdraženosti nociceptorjev v koži ali globljih tkivih zaradi bolezni ali vnetnih dejavnikov. Je eden od varovalnih mehanizmov, ki opozori na nevarnost poškodb tkiva. Nociceptivna bolečina je lokalizirana, včasih izžareva in je odvisna od aktivnosti. *Visceralna bolečina* nastane zaradi vzdraženosti receptorjev v votlih organih, krvnih žilah, poprsnici in potrebušnici. Povzroči jo lahko vnetje. Je globoka, slabo omejena, pogosto jo spremlja slabost in bljuvanje (Čaušević, 2014).

Ocena bolečine

Aiello-Laws, et al. (2009) menijo, da je zaradi vseh motečih simptomov in negotovosti o izvoru bolečine nujno, da onkološka medicinska sestra pri pacientu oceni rizične faktorje za tveganje, kot so fizikalni, psihosocialni in nevrološki simptomi. Za pridobivanje teh podatkov avtorji predlagajo uporabo »Pain assessment checklist« (Kontrolni seznam za oceno bolečine).

Bolečino ocenjujemo tudi z uporabo vizualno analogne skale (VAS), s katero pacient oceni svoje zaznavanje bolečine od 0 do 10. Glede na jakost in vzrok bolečine se odločimo za zdravljenje po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO). Blago bolečino (1-3) zdravimo z neopioidnimi zdravili, srednje močno (4-6) s srednje močnimi opioidi in močno bolečino z močnimi opioidi v obliki tablet, kapsul, obližev, podkožnih infuzij. Pri prisotni nevropatski komponenti v zdravljenje vključimo še dodatna zdravila iz skupine antidepresivov in antiepileptikov. Bolečina pri raku je običajno kombinirana (kronična in prebijajoča). Kronična bolečina je stalna, topa in trajna. Prebijajoča bolečina je kratkotrajna in se v kratkem času razvije do najvišje intenzitete, ob ustrezni terapiji pa v nekaj minutah izzveni (Grašič Kuhar & Ebert Moltara, 2018).

Zdravljenje kronične bolečine pri bolniku z rakom

Učinkovito lajšanje bolečine vključuje celovit pristop s pravočasno oceno in merjenjem bolečine, poznavanjem patofiziologije, ki povzroča določeno vrsto bolečine, poznavanjem zdravil za lajšanje bolečine ter pravočasno intervencijo (Rana, et al., 2011). Večina avtorjev meni, da je optimalno zdravljenje bolečine lažje doseči s kombiniranjem farmakoloških in nefarmakoloških metod zdravljenja bolečine (Chapman, 2012b; Yurdanur, 2012). Za lajšanje bolečine pri raku je temeljno farmakološko zdravljenje (Paice & Ferrell, 2011), pri katerem se analgetike lahko aplicira preko različnih poti, kot so oralno, bukalno, sublingvalno, intranazalno, rektalno, subkutano, intravenozno in transdermalno (Chapman, 2012b). Pri pacientih z rakom se poslužujemo tudi različnih metod zdravljenja bolečine, kot so medikamentozno zdravljenje bolečine, periferno področne blokade, s pomočjo podkožne infuzije preko elastomerske črpalke in spinalno zdravljenje preko epiduralnega ali subarahnoidnega katetra. Nefarmakološke metode zdravljenja bolečine na splošno razdelimo na fizikalne, psihološke in ostale komplementarne ter alternativne metode, bodisi invazivne ali neinvazivne (Yurdanur, 2012). Nefarmakološko zdravljenje povečuje občutek kontrole, zmanjšuje stres in tesnobo, zmanjšuje značilno vedenje za bolečino (osredotočenost na stopnjo bolečine), zmanjšuje potrebo po analgetiku in s tem neželene učinke zdravljenja (Yurdanur, 2012; Running & Turnbeaugh, 2011).

Obvladovanje kronične bolečine pri raku

Lajšanje bolečine bi morala biti človekova pravica (Rana, et al., 2011). Učinkovito lajšanje bolečine je odvisno od celovite ocene fizičnih, psiholoških, socialnih in duhovnih vidikov. Taka ocena služi kot temelj za nadaljnje multidisciplinarne intervencije (Paice & Ferrell, 2011). Obvladovanje bolečine pri rakavih boleznih je zahtevna naloga, tako zaradi bolezenskega procesa, kakor tudi zaradi posledic zdravljenja in neželenih učinkov, povezanih z zdravljenjem. WHO ocenjuje, da je pri 5,5 milijona ljudi po vsem svetu bolečina pri raku obravnavana minimalno ali pa sploh ne (Krakauer, et al., 2010).

Priporočila za obvladovanje kronične bolečine pri raku

Z namenom spodbujanja na dokazih podprte prakse v zdravstveni negi je združenje onkoloških medicinskih sester (ONS, ang. Oncology nursing society), pripravilo evidenco intervencij za izboljšanje obvladovanja različnih simptomov (Putting evidence into practice – PEP). Evidenca intervencij za obvladovanje bolečine vsebuje farmakološke in nefarmakološke intervencije, ki so kategorizirane v treh skupinah. V prvi skupini so intervencije, ki so priporočljive za prakso in podprte z močnimi dokazi (dosledno izvedene študije, metaanalize ali

sistematični pregledni članki). V drugi skupini je seznam intervencij, ki so verjetno uspešne v praksi (posamezne dosledne kontrolne študije, študije, narejene na majhnih vzorcih, in smernice, razvite iz dokazov in podprte s strokovnim mnenjem) in v tretji skupini so intervencije, pri katerih učinkovitost ni dokazana v praksi (Pieszak, 2012).

Po priporočilih ONS-a so intervencije, ki so podprte z dokazi, za zdravljenje kronične bolečine naslednje:

- za nevropatsko bolečino: intravenska infuzija z anestetikom, kombinacije gabapeptina;
- za prebijajočo bolečino: Fentanyl® nazalno pršilo, opioidi v proporcionalnih dozah, oralni in transmukozalni opioidi;
- za kronično bolečino: zdravila za spreminjanje kostne mase pri kronični bolečini, bloкаде celiakarnega plexusa, intraspinalne tehnike: epiduralne, intratekalne za refraktorno (trdovratno) bolečino, Metadon®, terapija z glasbo, nesteroidni antirevmatiki, Oxycodon® in Naloxon®, psiho-edukativne intervencije, trajne in kontinuirane opioidne formulacije, Tramadol®, transdermalni buprenorfini in transdermalni fentanil (Oncology nursing society, 2013).

Priporočila, ki so verjetno učinkovita v praksi, so:

- kanabis oralno pršilo; zgodnja uvedba terapije z opioidi (Oncology nursing society, 2013).

Priporočila, pri katerih učinkovitost ni dokazana, so:

- za kronično bolečino: vaje, razgibavanje, terapevtska tehnika čustvenega razkritja, formulacije z zelišči, masaža, vodena vizualizacija in progresivna mišična relaksacija, rutinska uporaba paracetamola, terapevtski dotik in transkutana elektro nevro stimulacija (TENS);
- za refraktorno bolečino: intravenozna infuzija z Lidokainom®, Ketaminom®, rotacija opioidov;
- za prebijajočo bolečino intranazalni Sufentanyl® (Oncology nursing society, 2013).

S strani evropskega združenja onkoloških medicinskih sester (EONS ang. European oncology nursing society) so bile leta 2013 izdane smernice in žepni vodnik za prebijajočo bolečino pri raku. Smernice, v katerih je opisana prebijajoča bolečina, njena definicija in značilnosti, so pomoč pri razumevanju, prepoznavanju in izboljšanju upravljanja prebijajoče bolečine pri bolnikih z rakom. Poudarjen je pomen ocene prebijajoče bolečine pri pacientu. Obvladovanje prebijajoče bolečine vključuje različne komponente, kot so sprememba

življenjskega sloga, upravljanje z reverzibilnimi vzroki, modifikacija patoloških procesov, nefarmakološki in farmakološki pristopi zdravljenja bolečine (European oncology nurse society, 2013).

Paliativna oskrba bolnikov z rakom

Definicija paliativne oskrbe Svetovne zdravstvene organizacije, ki jo povzema tudi Državni program paliativne oskrbe Slovenije, njene značilnosti opredeljuje kot: celostno obravnavo pacientovih simptomov (telesnih, psiholoških, socialnih, duhovnih), podporo bolnikovim bližnjim med bolnikovo boleznijo ter v obdobju žalovanja, timski pristop pri obravnavi, zagotavljanje podpornega sistema, ki omogoča bolniku čim bolj aktivno in polno življenje vse do smrti, sprejemanje življenja in smrti kot naraven proces, ki se ga ne skrajšuje, se ga pa tudi po nepotrebnem ne podaljšuje, skrb za čim boljšo kakovost življenja bolnika, kar lahko vpliva tudi na sam potek osnovne bolezni (Grašič Kuhar & Ebert Moltara, 2018).

Paliativna oskrba obravnava telesne, psihološke, socialne in duhovne probleme. Za zagotavljanje celostne obravnave bolnikov in potreb njegovih bližnjih je potreben timski pristop. Sestava tima in obseg pomoči sta odvisna od potreb posameznega bolnika ter njegovih bližnjih in od stanja, ki se spreminja skozi obdobja zdravljenja. Jedro paliativnega tima sestavljata zdravnik specialist in medicinska sestra z dodatnimi znanji iz paliativne oskrbe, dodatno pa se glede na potrebe vključujejo še patronažna medicinska sestra, magister farmacije, socialni delavec, klinični psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt, dietetik, izvajalec duhovne oskrbe in prostovoljci. Za ustrezno medsebojno sodelovanje skrbi koordinator paliativne oskrbe (Grašič Kuhar & Ebert Moltara, 2018).

V onkologiji paliativno oskrbo delimo na: zgodnjo paliativno oskrbo (lahko več mesecev ali let), obdobje paliativne oskrbe brez onkološke terapije (zadnji meseci, tedni), umiranje (zadnji dnevi), žalovanje (Grašič Kuhar & Ebert Moltara, 2018).

Obravnava najpogostejših telesnih simptomov v paliativni oskrbi

Bolniki v paliativni oskrbi imajo povprečno izraženih več kot deset različnih simptomov, ki pa jih moramo prepoznati, jim oceniti izraženost in jih nato ustrezno obravnavati. Dejstvo je namreč, da se veliko simptomov med pregledi v ambulantah spregleda zaradi najrazličnejših vzrokov (pomanjkanje časa, zdravnikovo podcenjevanje pomena simptoma, npr. strah, pacientovo podcenjevanje ali zanikanje, npr. utrujenosti, depresija). Simptome lahko ocenjujemo z različnimi vprašalniki. Najpogosteje uporabljeni vprašalnik za oceno simptomov v paliativni oskrbi je Edmonton Symptoms Assessment Scale (ESAS) (Grašič Kuhar & Ebert Moltara, 2018).

Vloga medicinske sestre v paliativni oskrbi

Medicinska sestra je zelo pomemben član multidisciplinarnega tima. Ima vlogo koordinatorja in zagotavlja usklajeno delovanje vseh vključenih v oskrbo pacienta. Sodeluje tudi z ostalimi zdravstvenimi službami. Pomembna vloga medicinske sestre v paliativni oskrbi je vloga informiranja, izobraževanja in zdravstvene vzgoje pacienta in njegovih svojcev ter spodbujanje k samooskrbi pacienta, dokler mu zdravstveno stanje to dovoljuje. Nudi kontinuirano in celostno obravnavo posameznega pacienta in njegove družine. Medicinska sestra je oseba, ki ob pacientu preživi največ časa, zato dobro pozna njegove psihične, fizične in duhovne potrebe (Lokar, 2014).

Raziskovalna metodologija

Uporabili smo kvalitativno metodo dela, izvedli smo študijo primera s tremi bolniki. Pri študiji primera smo izvedli intervju z vsakim bolnikom posebej. Podatke o bolnikih smo pridobili retrospektivno iz njihove medicinske in negovalne dokumentacije. Na podlagi pregledane dokumentacije ter intervjuja z bolnikom smo poudarili negovalne diagnoze po M. Gordon in naredili načrt zdravstvene nege.

Vzorec

Izbrali smo tri bolnike moškega spola, stare 36, 57 in 74 let. Vsem je bila skupna neurejena kronična bolečina zaradi rakave bolezni.

Potek raziskave

Po odobritvi raziskave Komisije za medicinsko etična vprašanja službe zdravstvene nege v UKC Maribor smo v mesecu oktobru pregledali medicinsko in negovalno dokumentacijo vseh treh bolnikov ter opravili intervjuje. Na podlagi pridobljenih podatkov smo naredili načrt zdravstvene nege. Negovalne intervencije smo načrtovali glede na postavljene negovalne diagnoze, jih sproti prilagajali in vrednotili. Zdravstveno vzgojno smo delovali tudi na svojce bolnikov in jih aktivno vključili v proces zdravstvene nege.

Rezultati

1. primer:

36. letni bolnik s primarno metastatskim karcinom trebušne slinavke in karcinozo peritoneja, je bil tretji dan po prejemu kemoterapije hospitaliziran zaradi urejanja neznosne boleči-

ne v zgornjem delu trebuha, pod levim rebarnim lokom, ki jo je ocenil z 10 po VAS lestvici in povišane telesne temperature (38,5° C). Peroralni močni opiodi niso zadostovali, zato je bila drugi dan uvedena protibolečinska mešanica, ki je bila aplicirana pod kožo preko uvedene podkožne kanile (Intime®). Ob zelo hudih bolečinah, slabosti in povišani telesni temperaturi bolnik ni mogel zaužiti tekočine in hrane. Zaradi povišanih vnetnih parametrov je imel predpisan antibiotik. Doma je v zadnjem tednu shujšal 6 kg. Tekočina in hrana je bila nadomeščana parenteralno preko VAP-a v žilo. Bolnik je bil zelo prestrašen, v začetku rahlo odklonilen in depresiven. Izveden je bil pogovor z bolnikom in z ženo, ki je redno, vsak dan, prihajala na obisk. Po štirih dneh se je bolnik počutil bolje. Bolečino je ocenil kot znosno 3 – 4 po VAS lestvici, telesna temperatura je bila v mejah normale. Postal je bolj odprt za pogovor z zaposlenimi in pripravljen upoštevati podane nasvete in priporočila. Sedmi dan je bil bolnik brez bolečin (0 po VAS). Odstranjena je bila protibolečinska mešanica podkožno, ob prebijajoči bolečini je prejemal kratko delujoče opioide v obliki kapljic in tablet. Za obvladovanje kronične bolečine so bili uvedeni opiodi s podaljšanim delovanjem v obliki tablet. Bolečina je bila urejena. Naslednjih pet dni je pred jutranjo nego potreboval kratko delujoči opiod, da se je lahko nemoteno in samostojno uredil. Po dvanajstih dneh je bil odpuščen z zgoraj navedeno analgetično terapijo, brez konstantne, kronične bolečine. Domov ga je odpeljala žena. V naslednjih tednih je nadaljeval z predvideno shemo sistemske terapije.

2. primer:

57. letni bolnik s karcinomom prostate je bil hospitaliziran zaradi neznosnih kroničnih bolečin (10 po VAS) po vsem telesu, ki so se doma stopnjevale zadnja dva dni. Žena je skrbela za bolnika in za dajanje blažjih analgetikov, ki jih je jemal le občasno (1-2 tableti na mesec). Pred tem ni imel hujših bolečin. Izgubil je apetit in navajal je težave z odvajanjem blata – teden dni že ni odvajal. Ob analgetikih, ki jih je jemal doma, je popil le 2 dcl vode. Žeje ni navajal. Bil je oslabele, vendar je zmožen do stranišča in opraviti osebno higieno. Opazil je, da malo urinira in da je urin temnejše barve. Ob napredovanju kronične bolezni se je pacient izoliral od svojcev, tudi otrok. Ni želel obiskov, razen žene, kateri je edini zaupal. Bil je prestrašen, žalosten in oslabele. V popoldanski izmeni je medicinski sestri zaupal svojo življenjsko zgodbo. Ob sprejemu so bili uvedeni močnejši analgetiki na 4 - 6 ur. Bolečina se je zmanjšala na 6 (VAS). Zaradi dehidracije je prejel infuzijo v žilo, dobil je odvajalne svečke. Ker se čez noč in dopoldan bolečina še vedno ni zmanjšala pod 6, je drugi dan prejel močnejše analgetike, opioide in opioide s podaljšanim delovanjem, v obliki obližev in tablet. Bolečina se je zmanjšala na znosno raven (1-3 po VAS). Z bolnikom in njegovo ženo je bil opravljen razgovor o urejanju bolečine doma. Poučena sta bila, da ne smeta dopustiti, da bi se bolečina razvila do ocene 6 ali več. Bolnik je še isti popoldan odvajal blato. Uriniral je v nočno posodo, zaradi laž-

je kontrole količine in barve urina. Čez dva dni je bil odpuščen domov s sprejemljivo bolečino, ocenjeno z 1-3 po VAS lestvici, ki je bila dobro obvladana s kratko delujočimi opioidi v obliki kapljic. Bolečina ni bila več stalno prisotna. Bolnik in žena sta prejela kontaktno telefonsko številko oddelka, kamor lahko pokličeta v primeru pojava neobvladljive bolečine, kjer je osebe dosegljivo 24 ur, vse dni v tednu. Domov ga je odpeljal reševalec.

3. primer:

74. letni bolnik z malignim obolenjem črevesja je imel tri tedne trajajoče tope bolečine (4-6 po VAS) v prsnem košu in trebuhu, ki jih ni več mogel uravnavati z blagimi analgetiki. Izgubil je apetit. Trudil se je nekaj pojesti in popiti. Živi sam, je v dobri fizični in psihični kondiciji. Doma ima večjo kmetijo, kjer delo večinoma opravlja sam. Ob sprejemu je bil zaskrbljen ali bodo bolečine popustile in bo lahko opravljal vsakdanje delo na kmetiji. Po uvedbi transdermalnega obliža, dolgo delujočih blažjih opioidov v obliki tablet, ki jih je prejemal na 12 ur in občasne uporabe analgetičnih kapljic (enkrat čez dan in enkrat proti koncu noči) je bila bolečina urejena na znosno raven (VAS 1-3). V času obiskov je bil izveden pogovor s svojci, ki so pokazali veliko skrb za bolnega strica. Po štirih dneh hospitalizacije je bil odpuščen domov. Domov ga je odpeljal nečak.

Razprava

Lajšanje bolečine pri onkološkem pacientu vključuje pravočasno oceno bolečine ter tudi pravočasno zdravljenje le-te (Čaušević, 2014).

Na podlagi pridobljene ocene lahko medicinska sestra pouči in informira bolnika o potencialnih možnostih zdravljenja bolečine. Bolnik lahko s pravočasnih reagiranjem na pojav bolečine bistveno pripomore, da se le-ta pravočasno zmanjša, kar pripomore k boljšemu počutju in kvaliteti življenja.

V paliativni oskrbi je za pacienta najenostavnejši in najprijaznejši način nastavitve podkožne kontinuirane infuzije. Indicirana je, kadar pacient ne more zaužiti terapije skozi usta, za zdravljenje več simptomov hkrati (bolečina, bruhanje, dihalna stiska) in da se izognemo pogostemu zbadanju pacienta (Lopuh, 2011).

Vodenje bolnika, ki trpi zaradi kronične bolečine, nastale zaradi raka, predstavlja velik izziv za zdravnika in za medicinsko sestro. Pri tem so medicinski sestre lahko v pomoč različna priporočila in smernice za zdravljenje kronične bolečine pri raku, ki so strokovno podprte in usklajene ter uporabne v praksi. Medicinske sestre so bolniku, ki trpi zaradi bolečine, nastale zaradi raka, v veliko podporo.

Pri pregledu intervencij za zdravljenje bolečine, ki jih je izdelalo združenje ONS, lahko opazimo, da so medicinske sestre z upoštevanjem le-teh lahko zelo samostojne pri svojem delu. Ob pričetku zdravljenja lahko medicinska sestra oceni vrsto ter vpliv bolečine na pacienta in njegovo družino s pomočjo Kontrolnega seznama za oceno bolečine (Aiello-Laws et al., 2009) in VAS lestvice.

Z upoštevanjem PEP smernic pomembno vplivamo na kakovostno zdravljenje kronične bolečine pri raku in s tem pripomoremo k boljši kakovosti življenja bolnika. Bolniki morajo biti seznanjeni z načinom zdravljenja bolečine.

Specifične naloge medicinske sestre v paliativni oskrbi so naslednje: izvajanje postopkov za podporo zdravljenju in zdravstveno nego, načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege pri simptomih napredovale bolezni, podpora pacientovi družini, vključevanje v paliativni tim, prav tako v paliativni tim vključevati pacienta in njegove svojce, informiranje pacienta in njegove družine o paliativni oskrbi, ter zdravstveno-vzgojno delo s pacientom in njegovo družino (Slak, 2009).

Zaključek

Medicinska sestra ima pri zdravljenju bolečine zelo pomembno vlogo. Zdravnik protibolečinsko terapijo predpiše, kompetenca medicinske sestre pa je, da jo aplicira in opazuje bolnika pred in po aplikaciji terapije ter prepozna morebitne neželene učinke na terapijo.

Bolečina je bila uspešno obvladana v vseh treh predstavljenih primerih. Medicinske sestre so imele pomembno vlogo pri prepoznavi, oceni in spremljanju bolečine.

Velika odgovornost in vloga medicinskih sester je zdravstveno vzgojo delo z bolnikom in svojci. Dobro poučen bolnik in njegovi svojci v domačem okolju lažje nadzorujejo in obvladujejo bolečino, prav tako so bolj suvereni in znajo ukrepati ob pojavu prebijajoče bolečine. Medicinska sestra pri bolniku ocenjuje bolečino skozi besedno in nebesedno komunikacijo in ker je bolečina vedno individualna izkušnja bolnika, mora medicinska sestra pridobiti zaupanje bolnika za obvladovanje bolečine, opolnomočiti bolnika in njegove svojce za kontrolo nad bolečino, da razumejo pojav bolečine ter jih seznaniti tudi z nefarmakološkimi ukrepi, ki jih lahko bolnik izvaja v domačem okolju. Pomembno je, da bolnik in svojci razumejo, da osvoboditev bolečine pri diagnozi rak ni vedno realen cilj, realno pa je pričakovati nadzor nad bolečino, to pomeni, da je bolečina obvladana.

Literatura:

- Aiello-Laws, L.B., Ameringer, S.W. & Eaton, L.H., 2009. Pain. In: Eaton, L. H. & Tipton J. M., eds. *Putting evidence into practice: Improving oncology patient outcomes*. Pittsburg, PA: Oncology nursing society, pp. 215–34.
- Chapman, S., 2012a. Cancer pain part 1: causes and classification. *Nursing Standard*, 26(47), pp. 42 - 6.
- Chapman, S., 2012b. Cancer pain part 2: assessment and management. *Nursing Standard*, 48(26), pp. 44 - 9.
- Čaušević, M., 2014. Obvladovanje kronične bolečine v onkološki zdravstveni negi. In: A. Krajnc, ed. *Z dokazi v praksi - obvladovanje simptomov v onkološki zdravstveni negi: [zbornik predavanj] / Zbornica zdravstvene in babetne nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babet in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji*, 41. strokovni seminar, Ljubljana, 3. oktober 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babetne nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babet in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pp. 10–16.
- Dobnik, M., Lorber, M. & Pahor, A., 2013. Vpliv bioloških zdravil na kakovost življenja bolnikov z revmatološkim obolenjem. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(2), pp. 177–183.
- European oncology nursing society, 2013. *Breakthrough cancer pain guidelines*. Available at: <https://www.cancernurse.eu/documents/EONSBreakthroughCancerPainGuidelines.pdf> [30.10.2019]
- Gordon, M., 2006. *Negovalne diagnoze: priročnik*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego.
- Grašič Kuhar, C. & Ebert Moltara, M., 2018. Podporna in paliativna oskrba. In: Strojani, B. & Hočevar, M., eds. *Onkologija, učbenik za študente medicine*. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, pp. 328-56.
- Kovačič, D.S., 2014. Bolečina: psihološka stran mehanizma preživetja. *Anthropos: časopis za psihologijo in filozofijo ter za sodelovanje humanističnih ved*, 46(1/2), pp. 65-86.
- Krakauer, E. L., Wenk, R., Buitrago, R., Jenkins, P. & Scholten, W., 2010. Opioid inaccessibility and its human consequences: Reports from the field. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, 3(24), pp. 239 - 43.
- Kumar, S. P. 2011. Utilization of brief pain inventory as an assessment tool for pain in patients with cancer: a focused review. *Indian Journal Palliative Care*, 17(2), pp. 108–15.
- Lahajnar, S., 2008. Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. *Onkologija: strokovni časopis za zdravnike*, 12(1), pp. 10-12.
- Lahajnar, S., Krčevski-Škvarč, N., Stepanović, A. & Čufer, T., 2008. Usmeritve za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. *Zdravstveni vestnik*, 77(1), pp. 7-12.
- Lokar, K., 2014. Vloga medicinske sestre v multidisciplinarni obravnavanju bolnikov v onkologiji. In: B. Zakotnik, ed. *27. onkološki vikend: Multidisciplinarna obravnavanje bolnikov v onkologiji*. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva, pp. 24-27
- Oncology nursing society. 2013. Available at: <https://www.ons.org/acq-search?search=pain+PEP&source=Articles> [30.10.2019].
- Paice, J. A. & Ferrell, B., 2011. The management of cancer pain. *Cancer Journal for Clinicians*, 61(3), pp. 157 - 82.
- Pieszak, S. 2012. Putting evidence into practice: Pain. *American nurse today*, 7(4), pp. 1 - 5.
- Rana, S., Gupta, R., Chaudhary, P., Khurana, D., Mishra, S. & Bhatnagar, S., 2011. Cancer pain management: basic information for the young pain physicians., 2011. *Indian Journal of Palliative Care*, 7(2), pp. 127 - 30.
- Running, A. & Tumbeaugh, M. S., 2011. Oncology pain and complementary therapy: a review of the literature. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(4), pp. 374–9.
- Sharma, V. & Leon-Casasola, O., 2013. Cancer pain. In: Benzon, H. T., ed. *Practical management of pain 5th ed*. Philadelphia: Elsevier Mosby, pp. 335 - 44.
- Slak, J., 2009. Zdravstvena nega pacienta ob napredovalih kroničnih boleznih v paliativni oskrbi. In: Slak, J., ed. *Kronične neozdravljive bolezni na stičišču s paliativno oskrbo: zbornik predavanj, Šmarjetna gora nad Kranjem, 9. oktober 2009*. Kranj: Društvo medicinskih sester, babet in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, pp.41-43.
- Yurdanur, D., 2012. Non-pharmacological therapies in pain management. *Pain management – current issues and opinions*. In Tech, pp. 485–97. Available at: <https://www.intechopen.com/books/pain-management-current-issues-and-opinions/non-pharmacological-therapies-in-pain-management> [1.11.2019]



Suzana Krajnc

je diplomirana medicinska sestra, zaposlena kot učiteljica praktičnega pouka in strokovno teoretičnih predmetov na Srednji zdravstveni in kozmetični šoli Maribor.

Po končanem študiju na Visoki zdravstveni šoli Univerze v Mariboru se je zaposlila na Oddelku za nalezljive bolezni in vročinska stanja, v takrat še Splošni bolnišnici Maribor, kjer je delovne izkušnje nabirala 8 let.

Želja po pedagoškem poklicu in delu z mladimi jo je vodila na Srednjo zdravstveno in kozmetično šolo Maribor, kjer kot mentorica v kliničnem okolju in učiteljica dijakom zdravstvene nege že deseto leto prenaša strokovno znanje in svoje izkušnje. Zaveda se, da je vloga mentorja ključna pri vodenju, usmerjanju in razvoju bodoče generacije zdravstvenih delavcev.

Obravnava bolečine v procesu poučevanja dijakov na Srednji zdravstveni in kozmetični šoli Maribor

Suzana Krajnc

Srednja zdravstvena in kozmetična šola Maribor

Izvleček

Bolečina je ena ključnih prilagoditvenih in preživitvenih funkcij našega organizma, hkrati pa tudi vodilni vzrok trpljenja pacientov. Naloga zdravstvenih delavcev je, da se zavedajo posledic bolečine, saj je učinkovito spopadanje z njo pogoj za uspešno zdravljenje. Od pravočasnega prepoznavanja in ocenjevanja bolečine je odvisen izid zdravljenja in zadovoljstvo pacientov. Medicinska sestra mora imeti dovolj znanja, sposobnosti opazovanja in komunikacije, da lahko oceni bolečino. Usvajanje teh veščin poteka tekom celotnega izobraževanja na Srednji zdravstveni in kozmetični šoli Maribor, tako teoretično kot tudi praktično v kliničnem okolju.

Ključne besede: bolečina, dijak, izobraževanje, pacient

Uvod

Srednjo zdravstveno in kozmetično šolo Maribor (v nadaljevanju SZKŠ Maribor) trenutno obiskuje 771 dijakov, ki se izobražujejo v treh izobraževalnih programih: zdravstvena nega, kozmetični tehnik in bolničar-negovalec. Zavedati se je potrebno, da je teorija neločljivo povezana s prakso. Dijaki po izvedbenem predmetniku opravljajo praktični pouk v šoli (specialne učilnice), nato v zdravstvenih in socialnih ustanovah (učnih bazah). V 3. letniku opravijo 224 ur praktičnega pouka, v 4. letniku pa 180 ur. Učne vsebine, ki obravnavajo bolečino so zajete v strokovno teoretičnih predmetih od prvega do četrtega letnika. Naš cilj je, da ima dijak dovolj znanja, razvije sposobnosti opazovanja in komunikacije, da lahko oceni bolečino pacienta in ustrezno ukrepa. Pri obravnavi bolečine, soočanju in odzivu dijakov nanjo imajo veliko vlogo mentorji v kliničnem okolju pri izvajanju praktičnega pouka. Dijaki se prav na praktičnem pouku srečajo (nekateri prvič) s človekom, ki ima bolečine. Na način izražanja bolečine imajo vpliv osebne značilnosti, temperament človeka, družinski,

socialni in kulturni dejavniki (Vidmar, et al., 2005). Bolečina torej ni kategorija doživljanja, ki bi omogočala primerjanje, tako tudi odziva dijakov ne moremo primerjati. Raziskave empatije (Levy, 2016) pri najstnikih kažejo, da je eno glavnih področij možganov, ki se aktivira, ko vidijo prijatelja v bolečini, področje, ki ga znanstveniki imenujejo S1. Okrajšava za primarno somatosenzorično skorjo, regijo v možganih, ki je odgovorna za občutke v telesu. To področje možganov ni odgovorno le za empatijo, ampak je aktivno tudi, ko smo sami v bolečinah. Raziskovalci so ugotovili, da so najstniki občutili empatijo, ko so opazovali ljudi iz podobnega kulturnega ozadja, ki so bili v bolečinah, kar pomeni, da so se najstnikovi možgani na to bolečino odzvali, kot da se je zgodila njim. Ko pa so najstniki opazovali ljudi iz različnih kulturnih okolij, ki so bili v bolečinah, je bilo manj empatije. Ugotovitve znanstvenikov kažejo, da se celovita empatija ob bolečini drugih ljudi razvije šele v odrasli dobi.

Značilnosti mladostništva

Zavedati se moramo, da so dijaki v času šolanja v obdobju adolescence. Adolescenca (mladostništvo) je obdobje med otroštvom in odraslostjo, v katerem se dogajajo spremembe, povezane s telesnim, čustvenim, umskim in socialnim zorenjem. To je čas, ko posameznik ni več otrok in hkrati še ni povsem odrasel, želi pa si biti oboje. Svetovna zdravstvena organizacija [WHO] (2019) opredeljuje »adolescente« kot posameznike v starostni skupini od 10 do 19 let in »mlade« kot starostno skupino 15–24 let. Vičič (2002) meni, da so v obdobju adolescence pomembne izgradnja lastne identitete, spolne identitete, oblikovanje odnosa do vrstnikov, do dela in do avtoritete. Prav tako se v tem obdobju zelo hitro spreminja tudi razpoloženje, čustva in drugi občutki, mladostnik postopno duševno in socialno dozoreva. Uspešen odziv posameznika na telesne in duševne spremembe ter ustrezno oblikovana identiteta in odnosi so pogoj, da bo adolescent deloval celostno v odrasli dobi. Zadovoljevanje nekaterih psiholoških potreb, ki se pojavijo na novo ali pa se močneje izrazijo, postane za mladostnika zelo pomembno. Nekatere izmed teh potreb so: potreba po pripadnosti in enačenju z neko skupino, predvsem s skupino vrstnikov, potreba po samostojnosti, doseganju lastnih ciljev brez pomoči drugih, biti nekaj posebnega, unikatnega, potreba po sprejetosti in čustveni podpori (od vrstniške skupine, staršev, partnerja...), potreba po potrjevanju lastnih vrednot, stališč, mnenj. Mladostniki so tudi bolj čustveni, čustveno labilni, občutljivi (tudi v situacijah, ki jih prej niso opazili), čustva so bolj raznolika in si tudi med seboj nasprotujejo (isto osebo lahko sovraži in jo ima hkrati rad). Na področju kognitivnega razvoja je v tem obdobju značilen prehod na mišljenje s pomočjo formalno-logičnih operacij. Zaznamuje ga pojav deduktivnega in abstraktnega sklepanja, zmožnosti predstavljanja različnih pogojev in možnosti ter oblikovanje hipotez o logičnih rešitvah glede na različne kombinacije posameznih dejavnikov. Izboljša se sposobnost konceptualizacije in predvi-

devanja prihodnosti. Mladostnik je sposoben tudi boljšega vpogleda v svoje doživljanje in vedenje (introspektivne sposobnosti). Čeprav je sposoben razumeti stališča in perspektivo drugih, je še vedno močno osredotočen na lastne ideje in doživljanje, kar imenujemo mladostniški egocentrizem. Osrednje vprašanje na področju socialnega in čustvenega razvoja v adolescenci je vprašanje identitete. Zaradi mladostniškega egocentrizma lahko mladostnik močneje doživlja svoje težave in je nanje preveč osredotočen. Čustvovanje je intenzivnejše in bolj spremenljivo. Pogostejše je burno reagiranje in vedenjski izbruhi (Lešnik Musek & Krkoč, 2014).

Ali lahko najstniki občutijo bolečino drugih?

Veliko raziskav kaže, da občutek empatije motivira ljudi, da skrbijo za druge in celo pomagajo drug drugemu (Batson, 2011). Toda kako se »zgodí« empatija? Kje čutimo empatijo in kako deluje? Vse, kar čutimo ali počnemo, nadzorujejo možgani. Ko torej čutimo empatijo, naši možgani ustvarjajo ta občutek z aktiviranjem določenih možganskih področij, ki so pomembna za empatijo. To področje možganov je somatosenzorična skorja in ni odgovorno le za empatijo, ampak je aktivno tudi, ko smo sami v bolečinah (Levy, et al., 2018). Do nekaterih ljudi čutimo več empatije, do drugih manj. Nekateri raziskave (Levy, 2016) kažejo, da se drugače povežemo z ljudmi, ki so našega kulturnega porekla, v primerjavi s tistimi, ki nimajo istega ozadja kot mi. To ne velja samo pri odraslih, ampak tudi pri otrocih - zlasti pri najstnikih. Za najstnike je zelo pomembno, da čutijo, da »pripadajo« družbi ali skupini ljudi z istim ozadjem. Primera različnih kultur ali družbenih skupin v Izraelu (kjer je bila izvedena ta raziskava) sta judovska in arabska kultura. Raziskovalci so na vzorcu 80 najstnikov ugotovili, da so najstniki občutili empatijo, ko so opazovali ljudi iz podobnega kulturnega ozadja, ki so bili v bolečinah, kar pomeni, da so se najstnikovi možgani na to bolečino odzvali, kot da se je zgodila njim. Ko pa so najstniki opazovali ljudi iz različnih kulturnih okolij, ki so bili v bolečinah, je bilo manj empatije. Ta poskus je pokazal dve stvari. Prvič, da se lahko meri možgansko aktivnost najstnikov s pomočjo magnetoencefalografije (MEG), da se ugotovi, ali čutijo empatijo ali ne. Drugič, eksperiment je razkril, da najstniki čutijo empatijo do nekoga iz lastnega kulturnega okolja, vendar pa čutijo manj empatije do nekoga, ki ne spada v njihovo kulturno okolje (Levy, et al., 2018).

Tovrstne raziskave bi lahko bile pomembne za razumevanje odnosov z drugimi ljudmi v naši družbi in odnosa do ljudi, ki pripadajo različnim družbenim skupinam.

Številni raziskovalni poskusi so preučevali odziv možganov na bolečino drugih. Eden od načinov za pregled možganskih odzivov na bolečino je merjenje frekvence možganskega valovanja. Raziskovalci so ugotovili, da otroška indirektna empatija ob bolečini deluje prek osnovnih čutnih predvidevanj, ki vključujejo alfa valove v somatosenzornem korteksu,

medtem ko možganski odziv pri odraslih aktivira napredne mehanizme čutnih predvidevanj in aktivira afektivno empatijo v možganski skorji z zmožnostjo predstavljanja na višjem nivoju, ki vključujejo dejavnost beta in gama valov. Ugotovitve kažejo, da se celovita empatija do bolečine drugih razvije šele v odrasli dobi. Vključuje prehod od čutnega, vase usmerjenega, do interoceptivnega, k drugim usmerjenega mehanizma, ki podpira človeški altruizem, vzpostavi »jaz-drugi« razlikovanje, uravnava povratne informacije ob spremljanju stanja drugih in sproži ukrepe za lajšanje trpljenja drugih (Levy, et al., 2016).

Obravnava bolečine na Srednji zdravstveni in kozmetični šoli Maribor

Enotnega in enoznačnega odgovora na vprašanje »kaj sploh je bolečina« enostavno ni. Znanstveniki in raziskovalci so v različnih obdobjih poudarjali različne vidike bolečine. Danes vemo, da je bolečina neprijeten vsakdanji občutek in izrazito osebna izkušnja, ki je ne moremo deliti. Poznamo jo (skoraj) vsi, zaradi njene subjektivnosti in večplastnosti je še vedno težko razumljiva in razložljiva ter le delno pojasnjena. Pri dojemljanju bolečine se zelo razlikujemo (Meh & Georgiev, 2013). Fiziološka naloga bolečine je, da nas opozarja na vse tiste dražljaje, ki lahko vodijo do poškodbe organizma. Bolečina ima zelo močan čustveni naboj, ki zagotavlja, da informacije, ki ji podaja, ne spregledamo ter nas motivira k izbiri ustreznega vedenja (Bresjanac & Repovš, 2005). Z bolečino se srečamo že mnogo prej kot v srednji šoli. Naše izkušnje iz bolj oddaljene preteklosti oblikujejo naša prepričanja in stališča. Medicinske sestre (in dijaki) izhajajo iz različnih okolij in družin in vsaka s sabo v svoj poklic prinese izkušnje z bolečino in ima izdelan svoj koncept spoprijemanja z bolečino. Bolečina je še vedno prepogosto prezrta zaradi zmotnih stališč, da bolezen preprosto mora boleti (Božič, 2011). Učne vsebine, ki obravnavajo bolečino so zajete v strokovno teoretičnih predmetih od prvega do četrtega letnika. V prvem letniku programa zdravstvena nega je samo omenjena v povezavi s temeljnimi življenjskimi aktivnostmi: spanje in počitek, osebna higiena in urejenost, oblačenje in slačenje ter gibanje in ustrezna lega. Bolečine kot take se teoretično ne obravnava, ampak se vključi kot simptom pri oceni stopnje samooskrbe pacienta pri posamezni življenjski aktivnosti. V drugem letniku pri predmetu »diagnostično terapevtski postopki in posegi« so vsebine namenjene bolečini. Učne teme obsegajo definicijo bolečine, opredelitev bolečinskega praga ter delitev bolečine na akutno in kronično. Kot akutno opredelimo nenadno bolečino, z različno jakostjo in omejenim trajanjem. Navedemo vzroke (poškodbe, pooperativna stanja, patološki proces...) in znake (tahikardija, tahipneja, hipertenzija, potenje, nemirnost, razburjenost, govorjenje o bolečini, jok...). O kronični bolečini govorimo takrat, ko se bolečina kljub zdravljenju ponavlja in traja več kot 6 mesecev. Intenziteta sega od blage do zelo hude. Ločimo kronično maligno in kronično nemaligno bolečino. Pri opazovanju bolečine morajo dijaki usvojiti pojme: lastnosti

bolečine, izražanje bolečine in ocena jakosti bolečine. Pri lastnostih je ta bolečina lahko ostra, topa, zbadajoča, pekoča, globoka, kljuvajoča ... Omenimo tudi fantomsko bolečino. Pri izražanju bolečine govorimo o verbalnem in neverbalnem izražanju. Jakost bolečine pa pacient oceni s pomočjo vizualne analogne skale - lestvice (VAS), tako, da na lestvici od 0 do 10 določi, kako močna je bolečina. Dijake poučimo na kaj smo pozorni pri opazovanju bolečine, kot jo opisujeta (Fink & Kobilšek, 2012):

- pacientovo izražanje bolečine,
- lastnosti, mesto, intenziteto in trajanje bolečine,
- čas, kdaj se bolečina pojavi in kaj jo ublaži,
- spremembe vitalnih funkcij,
- kaj bolečino poslabša in kaj jo omili,
- vpliv bolečine na opravljanje vsakodnevnih aktivnosti,
- spremljajoče težave, kot so lahko nespečnost in pomanjkanje apetita,
- pacientovo stanje zavesti in čustvene spremembe in
- vpliv bolečine na kakovost življenja.

Omenimo še zdravljenje bolečine in cilj zdravljenja, v najkrajšem možnem času doseči, da bi bil pacient brez bolečine oziroma ne bi imel hujših bolečin, da je prisotnih čim manj neželenih učinkov in bi z odpravo ali omilitvijo bolečine dosegli izboljšanje kakovosti njegovega življenja. Pri zdravljenju bolečine je pomembno, da pacientu verjamemo, ko govori o svoji bolečini, da mu dajemo zdravilo ob uri, v rednih intervalih in na pravilen način. Glede na farmakološke oblike zdravljenja bolečine analgetike delimo na neopiodne in opiodne. Po aplikaciji analgetika opazujemo učinkovitost aplicirane terapije, počutje in morebitne neželene učinke. Bolečino tudi ustrezno dokumentiramo. Omenimo še najpogostejše načine aplikacije analgetikov in nefarmakološke oblike zdravljenja (fizikalna terapija, delovna terapija in relaksacijske tehnike) (Fink & Kobilšek, 2012). Pri predmetu etika in komunikacija je nekaj vsebin vezanih na bolečino. Sicer zelo poudarjamo, da je pojav bolečine v zdravstveni negi na prioritetnem mestu in da pacientu poskušamo zagotoviti najvišjo možno stopnjo dobrega počutja. V tretjem letniku izobraževanja se bolečina kot taka omenja pri zdravstveni negi bolnikov z malignimi obolenji, kjer pa gre v bistvu za ponovitev že podanih vsebin. Tako je samo teorijo, ki se navezuje na bolečino mogoče podati v treh pedagoških urah tekom celotnega procesa izobraževanja. Pri obravnavi bolečine, soočanju in odzivu dijakov nanjo imajo veliko vlogo mentorji v kliničnem okolju pri izvajanju praktičnega pouka.

Razprava

Dijaki se na praktičnem pouku srečajo z novimi učnimi situacijami, tako nekateri tudi prvič s pacientom ki ima bolečine. Ker na način izražanja bolečine vplivajo naše osebne značilnosti, temperament, družina, socialni in kulturni dejavniki, imamo nanjo različne odzive. Bolečina torej ni kategorija doživljanja, ki bi omogočala primerjanje, tako tudi odziva dijakov ne moremo primerjati.

Po mnenju Ščavničarjeve (2004) se medicinska sestra pri obravnavi pacienta sooča tudi s svojimi občutki, kot so: negotovost, nemoč in tudi žalost, ker ima občutek, da ne pomaga dovolj učinkovito. To seveda, v še večji meri velja za dijake. Po nekajletnih izkušnjah pri delu z dijaki lahko izpostavimo, da pri negovanju pacienta z bolečino dijaki pogosto občutijo strah, večina se jih boji, da bi pacientu povzročili še dodatne bolečine. Večina dijakov pogosto čuti potrebo po odmiku od pacienta z bolečino, z delom želijo čimprej zaključiti in velikokrat negovalnih intervencij ne izvedejo v celoti. Pri delu jim je nelagodno in počutijo se nemočne. Pri pacientu z bolečinami poskušajo delati bolj »z občutkom« in previdno. Prav tako pa pacienta skušajo spodbujati in bodriti. Za negovanje pacientov z bolečinami imajo zelo malo ali celo nimajo izkušenj. Dijaki doživljajo pacientovo stisko, ko si ne upa izraziti bolečine, da ne bi bil v nadlego, doživljajo pa tudi nezadovoljstvo s strani pacientov zaradi nezadostnega lajšanja bolečin.

Zaključek

Dijaki so v starostnem obdobju, ko zelo kritično spremljajo ravnanja drugih, zlasti medicinskih sester in njihov odziv na bolečino pri pacientu. Izobraževanje mladih zahteva veliko razumevanja, vztrajnosti in strpnosti, še posebej pri tistih mladostnikih, ki še niso izoblikovali svoje samopodobe in poklicne identitete. Mladi iščejo svoj vzor v nas zdravstvenih delavcih, še posebej v kliničnem okolju pri praktičnem pouku. Zato prav vsak izmed nas nosi posebno odgovornost in prispeva svoj del k vzgoji bodočih zdravstvenih delavcev. Če bodo v procesu izobraževanja spoznali, da so naloge zdravstvene nege krepitev in ohranjanje zdravja ter pomoč pacientom pri doseganju neodvisnosti ob opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti, bodo postali humani in strokovni zdravstveni delavci.

Literatura:

Batson, C. D., 2011. *Altruism in Humans*. New York, NY: Oxford University Press, p. 329.

Božič, M., 2011. Bolečina pacienta v očeh dijakov srednje zdravstvene šole. In: Plank, D., et al. eds. *Z uvajanjem novosti do boljših rezultatov v zdravstveni negi*. 12. strokovno srečanje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov celjske regije, Celje, 13. 10. 2011. Celje: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 62.

Bresjanac, M. & Repovš, G., 2005. Bolečina: kaj in zakaj boli? In: Gregorič, A., et al. eds. XV. srečanje pediatrov v Mariboru z mednarodno udeležbo in II. srečanje medicinskih sester z mednarodno udeležbo, Maribor 15. in 16. aprila 2005. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, pp. 65-68.

Fink, A. & Kobilšek, P.V., 2012. Zdravstvena nega pacienta pri življenjskih aktivnostih. Učbenik za modul Zdravstvena nega v izobraževalnem programu Zdravstvena nega za vsebinski sklop Življenjske aktivnosti in negovalne intervencije. Ljubljana: Grafenauer, pp. 240-243.

Lešnik Musek P. & Krkoč V., 2014. Razvojnopsihološke značilnosti otrok in mladostnikov s kronično boleznijo. In: Oštir, M., et al. eds. Otrok, družina, bolezen in zdravstveni delavci – skrb za druge in skrb zase. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 9-18.

Levy, J., Goldstein, A., Influx, M., Masalha, S., Zagoory-Sharon, O. & Ruth, F. 2016. Adolescents growing up amidst intractable conflict attenuate brain response to pain of outgroup. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 113(48), pp. 13696–701.

Levy, J., Goldstein, A. & Pratt, M., 2018. Maturation of Pain Empathy from Child to Adult Shifts from Single to Multiple Neural Rhythms to Support Interoceptive Representations. *Scientific Report* 8, p. 1810. Available at: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-19810-3> [01.11.2019].

Meh, D. & Georgiev, D., 2013. Osnove zaznavanja, dožemanja (spoznavanja) in prepoznavanja bolečine. *Medicinski razgledi*, 52(1), pp. 105-118.

Ščavničar, E., 2004. Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 38(2), pp. 101-111.

Vičič, A., 2002. Psihološke karakteristike mladostnikov. *Trener ZKTS*, 2(3), pp. 79-86.

Vidmar, J., Schmidt, I., Turčin, Z., Krunič Lobnik, B. & Gregorič Kumperščak, H., 2005. Psihološki, psihiatrični in antropološki pogled na bolečino. In: Gregorič, A., et al. eds. XV. srečanje pediatrov v Mariboru z mednarodno udeležbo in II. srečanje medicinskih sester z mednarodno udeležbo, Maribor 15. in 16. aprila 2005. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, pp. 108-112.

Svetovan zdravstvena organizacija [WHO], 2019. Adolescent health in the South-East Asia Region. Available at: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health> [15.11.2019].





ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

Nursing now
Slovenia



DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER,
BABIC & ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV

Maribor

