

LAJŠANJE BOLEČINE PRI BOLNIKU V ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE KLINIKE ZA INFEKCIJSKE BOLEZNI IN VROČINSKA STANJA V LJUBLJANI

PAIN RELIEF IN PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF THE HOSPITAL FOR INFECTIOUS DISEASES

Veronika Jagodic, Alenka Urbančič

KLJUČNE BESEDE: bolečina; lajšanje bolečine; zdravstvena nega; komunikacija

KEY WORDS: pain; pain relief; nursing care; communication

Izvleček – Bolečina je človekova subjektivna izkušnja, ki ima fizični, psihični, socialni, kulturni in duhovni vidik. Kljub mnogim dokazom, da je bolečina škodljiva za zdravje, še vedno veliko bolnikov ni deležnih primerne protibolečinske obravnave. Vzroki za to so v nepoznavanju ali nepriznavanju bolečine, strahu pred pojavom odvisnosti od analgetikov in/ali v nezmožnosti, da bi zaradi bolnikovega stanja ocenili njegovo bolečino. Avtorici v članku predstavita pristope k prepoznavanju in oceni bolečine pri bolniku v enoti intenzivne terapije. Predstavljeni so subjektivni in objektivni kazalci prepoznavanja bolečine. Poudarjen je pomen poznavanja fiziološkega in vedenjskega odziva bolnika na bolečino, predvsem pri bolniku, ki ne more niti besedno niti nebesedno komunicirati. Opredeljene so intervencije zdravstvene nege za lajšanje bolečine pri bolniku na oddelku Enote za intenzivno terapijo A Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja Kliničnega centra v Ljubljani ter pomen spremljanja uspešnosti lajšanja bolečine.

Abstract – Pain is an individual experience with physical, psychological, social, cultural and spiritual aspect. In spite of mounting evidence that pain is a health hazard, many patients still do not have access to proper pain relief therapy. The reasons for this are poor knowledge and ignorance of pain, fear from analgetics dependence or the inability to assess pain due to the patient's state. The authors present recognition and assessment of pain in the Intensive Care Unit, as well as subjective and objective indices of pain. The importance of familiarity with physiological and behavioral response to pain in patients who can not communicate neither verbally nor non-verbally is stressed. Interventions of nursing care for pain relief in the Intensive Care Unit of the Hospital for Infectious Diseases of the Hospital Center in Ljubljana and the importance of attention to the efficiency of pain relief are described.

Uvod

Bolečina je neprijetna čutna in čustvena izkušnja ter vpliva na človekovo fizično, psihično in socialno funkcioniranje (Ščavničar, 2004). Je osebno doživetje, njena intenziteta ni odvisna le od vrste obolenja, temveč tudi od osebnostnih lastnosti ter čustvenega stanja bolnika, njegovih prejšnjih izkušenj, okolja, iz katerega izhaja, starosti, vrednot in prepričanj (Ščavničar, 1997; Gorjup in Kocjančič, 2002). Zaradi osebnostnih razlik v zaznavanju bolečine ter odzivov nanjo medicinska sestra pri svojem delu sledi definiciji Margo McCaffery, ki pravi, da je bolečina prisotna, kadarkoli jo posameznik opisuje, je prisotna tam, kjer jo opisuje, in je tako močna, kot jo opisuje (Ščavničar, 1997).

Iz vsakdanje prakse vemo, da še vedno veliko bolnikov ni deležnih primerne protibolečinske obravna-

ve, kljub mnogim dokazom, da je bolečina škodljiva. Vzroki za to so v nepoznavanju ali nepriznavanju bolečine, strahu pred pojavom odvisnosti od analgetikov ali v nezmožnosti, da bi ocenili bolnikovo bolečino zaradi njegovega stanja (nezavesten bolnik). Včasih bolnik ne dobi analgetikov, da ne bi z njimi zabrisali znakov in simptomov, pomembnih za diagnostiko bolezni, oceno stanja zavesti ter oceno napredovanja zdravljenja bolnika (bolnik z visoko telesno temperaturo pred odvzemom kužnin).

Bolnikom, pri katerih je zavest zaradi bolezni spremenjena, se zaradi opazovanja stanja zavesti in poteka bolezni izogibamo dajanju sedativov (na primer bolnik z gnojnim meningitisom ali encefalitisom). Prav tako ne dajemo močnejših analgetikov in sedativov bolnikom z dihalno stisko ter šokiranim bolnikom z nizkim krvnim tlakom, saj le-ti zdravstveno stanje lahko še poslabšajo.

Enota intenzivne terapije A (EIT) Klinike za infektivne bolezni in vročinska stanja Kliničnega centra v Ljubljani ima deset bolniških postelj. V letu 2004 je bilo na bolnišnično zdravljenje na EIT sprejetih 292 bolnikov. Največ bolnikov je bilo sprejetih zaradi pljučnice z respiratorno odpovedjo ter hudih septičnih stanj z večorgansko odpovedjo. Sledijo bolniki z okužbami osrednjega živčnega sistema ter okužbami srčnih zaklopk (infekcijskim endokarditisom). Nekaj je bilo bolnikov z redkejšimi, a težkimi okužbami (Hantavirusna hemoragična mrzlica, tetanus, leptospiroza, botulizem). V letu 2004 je bilo 47,6 % sprejetih bolnikov intubiranih in 7,8 % traheotomiranih. Umetno ventiliranih je bilo 44 % bolnikov s povprečno dobo umetne ventilacije 7,7 dneva.

Pri bolnikih v naši EIT se bolečina pojavlja zaradi različnih vzrokov:

- zaradi osnovne, akutne bolezni:
 - prsna bolečina: bolečine pri dihanju zaradi pljučnice, plevropneumonije, pneumotoraksa; kardiološke težave – perikarditis, ishemijska srčna mišica, pljučna embolija;
 - bolečine v trebuhu: obstipacija, zastoj urina, peritonitis, ileus, tudi pljučnica spodnjega režnja, ledvične in žolčne kolike;
 - glavobol: bolnik z meningoencefalitisom zaradi povišanega intrakranialnega pritiska;
 - lokalno vnetje, poškodba kože, pooperativna rana, nevropatska bolečina zaradi motenega delovanja osrednjega živčnega sistema.
- zaradi diagnostike in zdravljenja bolezni (invazivni terapevtski in diagnostični postopki – intubacija, traheotomija, punkcije, vstavljanje raznih kateetrov, kirurški posegi) (Stanik-Hutt, 2003);
- kot posledica posegov zdravstvene nege za zadovoljevanje bolnikovih potreb, povezanih z življenjskimi aktivnostmi (sprememba lege telesa oziroma, oskrba rane, aspiracije dihalnih poti, ...) (Stanik-Hutt, 2003);
- psihična bolečina (psihične travme, fantomska bolečina) (Stanik-Hutt, 2003).

Prvi korak zagotavljanja primerne lajšanja bolečine je njeno prepoznavanje ter ocena stanja bolečine ter z njo povezanih potreb po zdravstveni negi (Gelinas in Fillion 2004). Prepoznavanje ter lajšanje bolečine je ena izmed pomembnih aktivnosti medicinske sestre pri izvajanju zdravstvene nege. Prisotnost bolečine je namreč simptom, ki se pojavlja pri večini bolnikov v EIT.

Zbiranje podatkov in ocena stanja bolečine

Večdimenzionalni pristop k prepoznavanju bolečine je razvil Robert Melzack in v svojem modelu predstavlja subjektivne (nemerljive) in objektivne

(merljive) kategorije. Subjektivni kazalci vsebujejo bolnikov senzorno-perceptivni (lokalizacija, obseg, intenzivnost, trajanje, kakovost bolečine), čustveno-motivacijski (občutki, delovanje) ter kognitivni (prepoznavanje, vrednotenje ter interpretacija bolečine) odziv na bolečino. Objektivni kazalci bolečine pa vsebujejo vedenjski in fiziološki odziv na bolečino (Gelinas in Fillion, 2004).

Primarna metoda ocenjevanja stanja bolečine je besedno komuniciranje. Le bolnik sam lahko pove, kako močna je bolečina. Za to je primerna uporaba vizualne analogne skale (VAS), kjer je na 10 cm dolgem ravnilu številčna skala, razdeljena od 0 (ni bolečine) do 10 (neznosna bolečina). Bolnik naredi zaznamke na ravnilu, kar predstavlja stopnjo bolečine. Opiše nam lokalizacijo, obseg, trajanje, kakovost bolečine (pekoča, ostra, žgoča, krčevita, zbadajoča...) ter pove, kaj poveča oziroma kaj omili bolečino.

Vendar pri bolnikih v EIT besedno komuniciranje pogosto ni možno. Medicinska sestra mora zato prepoznati tako fiziološki kot vedenjski odziv bolnika na bolečino, saj nam s tem bolnik na nebesedni način pove, da trpi za bolečino. Z bolnikom, ki je intubiran ali traheotomiran, a pri polni zavesti, se še vedno lahko sporazumevamo z govorico znakov, pisanjem, gibi rok, abecedno sestavljanje, tablico s črkami in številkami oziroma s postavljanjem kratkih in jasnih vprašanj (ta oblika se v naši EIT najpogosteje uporablja). Uporaba VAS pri teh bolnikih ni primerna, ker zahteva vizualne, manualne in konceptualne spretnosti. Bolj priročna je uporaba pridevniške točkovne lestvice (ARS – adjective rating scale). ARS je razdeljena na 5 ravni in sicer od ravni 0 (brez bolečine) do ravni 4 (neznosna bolečina) (Krčevški Škvarč, 2002).

Težava pri prepoznavanju bolečine se kaže pri bolnikih, ki ne morejo niti besedno niti nebesedno komunicirati. To so predvsem bolniki, ki so sedirani ali pa je njihova zavest zaradi bolezni spremenjena ter sebe in okolico doživljajo izkrivljeno (spremenjeno). Ti bolniki ne morejo izraziti bolečine niti s spremenjenim vedenjem (prisilna lega v postelji, boleč izraz obraza, žalosten, trpeč pogled, moten vzorec spanja, odklanjanje hrane, odklanjanje fizioterapije, razdražljivost, nemir, anksioznost). Pri teh bolnikih je v ospredju opazovanje fiziološkega odziva na bolečino in klinične slike. Takšna ocena je pogosta zmotna zaradi velikih osebnostnih razlik v čutenju bolečine, patofizioloških sprememb ter vpliva zdravil.

Bolečina v organizmu sproži različne procese. Pri- de do vzdraženja simpatičnega živčnega sistema, kar sproži porast srčne frekvence in krvnega tlaka. To vodi do povečane porabe kisika v srčni mišici, poviša se frekvenca dihanja ter pospeši bazalni metabolizem. Bolnik je poten, ima hladno kožo ter zvišan tonus mišic (Vilman, 1999; Gorjup in Kocjančič 2002; Ščavničar, 2004). Bolečina v prsnem košu in zgornjem delu trebuha povzroča mišično in diafragmalno disfunk-

cijo in posledično zmanjšano pljučno funkcijo z vsemi posledicami (atelektaze, ventilacijsko-perfuzijske motnje, hipoksemija, pnevmonija). Bolečina v trebuhu poviša izločanje želodčne kisline, gibljivost črevesa se zmanjša, lahko se pojavi ileus. Zviša se tonus sfinktrov in lahko pride do zastoja (retence) urina.

Medicinska sestra opazuje bolnika celostno, skrbno spremlja vse življenjske aktivnosti bolnika. Nadzoruje vitalne funkcije bolnika (krvni tlak, elektrokardiogram, oksigenacijo krvi). Spremlja frekvenco odvajanja blata in njegovo konsistenco; v primeru diareje ali opstipacije so prisotne bolečine ter krči v trebuhu. Naloga medicinske sestre je, da na to opozori zdravnika. Opazuje izločanje ter kakovost urina (videz, vonj, primesi, količino) ter vodi tekočinsko bilanco.

Bolečina je vsekakor prisotna pri bolnikih s preležaninami in drugimi kroničnimi ranami, na kar smo pogosto premalo pozorni. Z dobrim opazovanjem bolnika bolečino lahko preprečimo. Pri vsaki spremembi lege in izvajanju osebne higiene bolnika medicinska sestra opazuje pojav morebitnih novih sprememb na koži in sluznici ter nemudoma izvede ukrepe za preprečitev širjenja poškodbe tkiva.

Oprelitev negovalne diagnoze, postavitev ciljev in načrtovanje posegov zdravstvene nege

Po oceni stanja bolečine medicinska sestra postavi negovalno diagnozo. Pojav bolečine je lahko vključen v diagnostično stanje kot simptom, vzrok ali problem. Bolečina je lahko vzrok sprememb, ki so povezane z zadovoljevanjem potreb pri posameznih življenjskih aktivnostih. Cilji obravnave pojava bolečine morajo biti dosegljivi. Temeljijo naj na osnovi pojava bolečine, v povezavi z življenjskimi aktivnostmi, diagnostiko, izboljšanjem funkcije ter sposobnostjo bolnika, da se v določenem trenutku sooča z bolečino. Nato medicinska sestra prične z izvajanjem intervencij zdravstvene nege za doseg cilja in sicer odsotnost oziroma zmanjšanje bolečine pri bolniku.

Posegi zdravstvene nege za zmanjšanje bolečine so:

1. *Namestitev bolnika v ustrezen položaj:* dvignjeno vzglavje, imobilizacija ali ustrezen položaj boleče okončine, s čimer se zmanjša mišična napetost.
2. *Zagotovitev mirnega okolja in počitka:* to je v EIT težko dosegljiv cilj zaradi nenehno potekajočega dela in potrebe po stalnem nadzoru bolnika. Za bolnika je najugodnejše, če leži v enoposteljni sobi. Tu ima večji občutek zasebnosti in zaupnosti, hkrati pa mu medicinska sestra lahko zagotovi mirnejše okolje ter več ugodja. Lažje mu zagotovimo zanj optimalno temperaturo, pred spanjem mu zatemnimo sobo tako, da pustimo prižgano le manjšo luč-
3. *Gretje ali hlajenje bolečega predela po naročilu zdravnika.*
4. *Pogovor in informiranje bolnika in/ali svojcev:* bolnik zaznava medicinsko sestro kot osebo, ki ji lahko zaupa in ob kateri se počuti varno, saj je ves čas prisotna in mu omogoča stik z okoljem (Payne in Walker, 2002). Medicinska sestra mora bolniku verjeti, da čuti bolečino ter storiti vse, da mu jo omili. Bolnika pouči, da si lahko pomaga sam, tako da nam pove, kateri položaj telesa v postelji mu ustreza ali ne in ali želi, da zatemnimo sobo, mu damo topel ali hladen obkladek ter kako uspešna je analgetična terapija, ki jo prejema. Pouči ga o možnosti bolečine pred načrtovanimi invazivnimi posegi. Informacija o tem, kaj se bo zgodilo pred posegom, med njim ter po njem, pomaga bolniku, da se nanj pripravi, kar zmanjša strah in s tem bolečino. Prav tako razloži bolniku, zakaj so potrebne določene »cevke«, ki so vstavljene v njegovo telo (na primer urinski kateter, endotrahealni tubus, nazogastrična sonda, centralni venski kateter, drenaže), ter zakaj jih ne sme odstraniti, čeprav so zanj moteče. Daje mu psihično podporo, ki vključuje primerno stopnjo empatije in o bolečini obvešča ostale člane zdravstvenega tima. Veliko bolnikov v naši EIT je sediranih ali pa je njihova zavest zaradi bolezni spremenjena in nam sami ne morejo posredovati podatkov o bolečini. Tedaj so dobrodošel vir informacij svojci bolnika, saj nam lahko posredujejo podatke o bolnikovih navadah in potrebah in o morebitnih bolečinah v preteklosti. Povedo nam, kako si je lajšal bolečine v domačem okolju oziroma katere analgetike je uporabljal (Payne in Walker, 2002). Obiski svojcev običajno pozitivno delujejo na bolnika, le-ta je bolj sproščen, miren in tudi pri samem postopku zdravljenja ter pri aktivnostih zdravstvene nege bolj sodeluje. Vendar ne smemo pozabiti, da se svojci običajno prvič znajdejo v situaciji, ko opazujejo svojega bližnjega, priključenega na razne aparature in »cevke« ter so tudi sami prestrašeni in ne vedo, kako vzpostaviti stik z bolnikom. Vzpodbujamo jih k nebesedni in besedni komunikaciji z bolnikom. Poučimo jih, da jih bolnik sliši, čeprav jim ne more odgovoriti.
5. *Dajanje analgetika po naročilu zdravnika: pomembna je preventiva bolečine.* Lažje jo nadzorujemo, če začnemo s protibolečinsko terapijo, preden le-ta postane neznosna, zlasti pri obolenjih, za katera vemo, da je bolečina prisotna. Če bolečina

ni pričakovana, začnemo z dajanjem analgetikov čimprej po pričetku bolečine (Stanik-Hutt, 2003). Pred začetkom analgetičnega zdravljenja moramo pri bolniku oceniti:

- fizično, psihično in čustveno stanje,
- stanje krvnega obtoka, dihalne in nevrološke funkcije,
- lokalizacijo, moč in mehanizem bolečine (Krčevški Škvarč, 2002).

Pri bolnikih na našem oddelku je bolečina pričakovana in tudi že zdravljena ob samem sprejemu bolnika le pri bolnikih z meningoencefalitisi. Ti bolniki praviloma dobivajo analgetsko mešanico tramadola in metamizola kontinuirano nekaj dni, pričnejo pa jo dobivati takoj po opravljeni lumbalni punkciji. Bolniki z encefalitisom so v akutni fazi hipersenzibilni, tremorozni in imajo hud glavobol. Zelo boleči in mučni so sunkoviti generalizirani tonični krči pri bolniku s tetanusom, ki po navadi zajamejo tudi dihalne mišice. Pojavijo se krči glasilk in mišic sapnika, pri čemer se bolnik lahko zaduši. Senzorni del živčevja ni prizadet in bolnik preboleva tetanus pri polni zavesti. To pomeni, da bolnik občuti bolečino vsakega krča, ki ga lahko spremlja tudi občutek dušenja. Bolnik dobi visoke odmerke diazepama (Apaarina), ki v prvi vrsti zmanjša mišično togost ter s tem nastanek krčev. S tem hkrati preprečimo ali vsaj omilimo bolečino, ki spremlja tetanične krče. Bolnika z zelo hudimi krči je potrebno relaksirati in umetno ventilirati.

Lokalna anestezija se uporablja pred raznimi invazivnimi in diagnostičnimi posegi (vstavitev centralnih venskih katetrov, drenov, lokalni kirurški posegi). Pred intubacijo se uporablja premedikacija v kombinaciji močnih, hitro delujočih analgetikov in sedativov. Intubiran bolnik kasneje pogosto ne more uskladiti svojega dihanja z delovanjem respiratorja in ga ne uspemo zadovoljivo ventilirati. Kadar ocenimo, da je vzrok za nemirno dihanje akutna bolečina, zdravnik predpiše bolniku analgetik. Za neuskajano dihanje pa ni vedno kriva bolečina. Pogosto je bolnik prestrašen, nemiren, ne razume, kaj se z njim dogaja ali pa je zmeden zaradi bolezensko spremenjene zavesti. Tedaj zdravnik, zaradi potrebe po dobri oksigenaciji bolnika, ki jo lahko dosežemo le z uspešnim predihavanjem, predpiše bolniku sedative ali celo mišične relaksante. V EIT je sedacija največkrat uporabljena v terapevtske namene, za pomiritev prestrašenega in vznemirjenega bolnika (Li in Puntillo, 2004).

MS mora poznati ne le pričakovane učinke danih analgetikov, anestetikov in sedativov, temveč tudi stranske učinke. Uporabljamo tako opioidne kot neoploidne analgetike. Od opiatov največ uporabljamo Tramadol, vendar pogosto povzroča slabost in bruhanje. Ostale opiate (morfin, petidin, fentanil) redkeje uporabljamo. Največ je v rabi fentanil kot premedikacija pred intubacijo ter v kontinuirani infuziji pri

bolnikih z močno bolečino. Pri bolniku s kronično bolečino ali bolniku po kirurškem posegu se uporablja fentanil v obliki obliža (Durogesic), kjer se učinkovina počasi resorbira skozi kožo. Opiati delujejo zaviralno na dihalni center, povzročajo slabost in bruhanje, periferno vazodilatacijo, miozo ter povišan tonus gladkih mišic. Pri lažji bolečini uporabljamo neoploidne, periferno delujoče analgetike. Sem spadajo nesteroidni antirevmatiki diklofenak, naproxen, ibuprofen, ketoprofen in paracetamol. Imajo analgetični ter antipiretični učinek, nimajo pa hipnotičnega in pomirjevalnega učinka. Imajo veliko stranskih učinkov, kot so draženje sluznice gastrointestinalnega trakta, ledvična odpoved, anafilaksija, motnje v agregaciji trombocitov. Predstavniki periferno delujočih analgetikov s spazmolitičnim učinkom so metamizol (Analgin), butilskopolamin (Buscopan) in tropij (Spasmex). Metamizol lahko povzroča agranulocitozo in alergične reakcije.

Spremljanje uspešnosti protibolečinske terapije

Enako pomembna kot ocena stanja pred začetkom dajanja analgetikov je nadaljnje opazovanje bolnika. Potreben je nadzor nad krvnim tlakom bolnika, srčnim utripom, EKG-jem ter pulzno oksimetrijo. Pri sediranih bolnikih medicinska sestra opazuje širino zenice, reagiranje na dražljaje in sodelovanje. Stopnjo sedacije merimo po lestvici Ramsay. Zaželeno je, da se doseže stopnja 2–3, kar pomeni, da je bolnik miren, vendar sodeluje in ima stabilne vitalne funkcije. Pri tem ima ohranjene reflekse, ki ščitijo dihalne poti pred aspiracijo in zadovoljivo diha (Vilman, 1999). Uspešnost protibolečinske terapije spremlja še z opazovanjem bolnika (mimika obraza, položaj telesa, povečano sodelovanje pri aktivnostih...) in z njim besedno komunicira.

Dokumentiranje

Zdravstveni delavci pogosto podcenjujejo pojav in opis bolečine, ki ga posreduje bolnik. Uporaba pisne dokumentacije jih prisili k razmišljanju in sistematični obravnavi ter vodenju bolečine. Zaradi subjektivnega doživljanja bolečine je samo dokumentiranje procesa obravnave bolnika oteženo, zlasti še, če bolnik pri oceni ne more sodelovati. Tedaj ocena bolečine sloni le na opazovanju fizioloških funkcij bolnika ter klinične slike, ne da bi upoštevali osebne razlike v občutenju bolečine. Težavo pri pravilnem vrednotenju predstavljajo bolniki, ki že uporabljajo analgetike zaradi kronične bolečine. Ti bolniki potrebujejo večje količine analgetikov in jih pogosto nepravilno razglasimo za odvisnike. Na našem oddelku zaenkrat posebno izdelanih obrazcev za obravnavo bolečine nimamo. Občasno, kadar bolnik sam potrdi bole-

čino ali kadar se pri izvajanju intervencij zdravstvene nege jasno pokaže, da bolnika boli (bolnik stoka, obraz je spačen, tonus mišic je zvišan), se bolečina zabeleži na enodnevnih temperaturnih listih ter v sestrsko poročilo. Ocena bolečine s strani zdravstvenega osebja je zelo subjektivna, saj ne uporabljamo nobenih številčnih ali vizualnih skal. Opazujemo predvsem držo telesa bolnika, mimiko obraza ter njegove življenjske funkcije. Redno se beleži le aplikacija analgetikov (ime zdravila, odmerek ter čas aplikacije) ter spremlja njihove glavne in stranske učinke.

Na našem oddelku je trenutno v fazi izdelave negovalna dokumentacija, s katero nameravamo vpeljati procesno metodo dela, ki je naravnana v individualnost vsakega posameznika in ga upošteva kot celoto. Dobra dokumentacija nas vodi od ene faze k drugi, pomaga nam slediti logičnemu razvoju dogodkov. Hkrati nam omogoča kontrolo izvršenega dela, kvalitete in uspešnosti intervencij zdravstvene nege.

Negovalna dokumentacija bo vključevala tudi oceno stanja bolečine ter načrtovanje intervencij zdravstvene nege za doseg cilja zmanjšanja oziroma prenehanja bolečine. S tem bomo lažje in bolj enotno pristopali k lajšanju bolnikove bolečine, predvsem pa se bo z dokumentiranjem bolnikove bolečine prenehalo sprenevedanje pred njo. Spremljanje uspešnosti intervencij zdravstvene nege za zmanjšanje bolečine ter uspešnosti analgetične terapije bo bolj objektivno. Z uvedbo negovalne dokumentacije bo dialog tako znotraj negovalnega kot zdravstvenega tima bolj enoten in razumljiv. Bolnik bo obravnavan kot subjekt, z zmanjšanjem bolečine se bo dvignila kvaliteta njegovega življenja na fizični, psihični in socialni ravni. S tem se bo povečalo njegovo zaupanje in samozavest, zmanjšala pa strah in negotovost. To je hkrati pot k dvigu kakovosti našega dela.

Sklep

Za zdaj ni znanstvenih dokazov, da samo lajšanje bolečine vpliva na izid bolezni ali poškodbe. Vsekakor pa lajšanje bolečine vpliva na potek bolezni ali poškodbe, zadovoljstvo bolnika in kakovost življe-

nja. Medicinska sestra je soodgovorna za zadovoljstvo ter psihofizično in socialno ugodje bolnika, ki ga pojav bolečine spremeni. Na vsako spremembo se mora medicinska sestra odzvati fleksibilno, kreativno in svoje ravnanje prilagoditi bolniku. Potrebna sta spretnost in znanje za opazovanje bolnika in ocenjevanje stanja, za natančno klinično presojo ter učinkovito komunikacijo, tako z bolnikom kot s svojci. Medicinska sestra izvaja intervencije zdravstvene nege, s katerimi ublaži bolečino ter bolečino upošteva pri izvajanju ostalih dejavnosti za zadovoljevanje bolnikovih potreb. Učinkovita obravnava bolečine vključuje psihosocialno podporo, saj ga bolečina ne prizadene le fizično, temveč tudi na psihični in socialni ravni. Medicinska sestra je del interdisciplinarnega tima, zato izvaja aplikacijo zdravil, spremlja njihove glavne ter stranske učinke. Vsa opažanja ter intervencije dokumentira ter o njih poroča ostalim članom tima.

Literatura

1. Gelineas C, Fillion L. Pain assessment and management in critically ill intubated patient: a retrospective study. *Am J Crit Care*. 2004; 13: 126–36 (dostopno na internetu <http://ccn.aacnjournals.org/>).
2. Gorjup V, Kocjančič Tadel Š. Lajšanje bolečine v urgentni internistični ambulanti. V: Bručan A (ur.), Gričar M (ur.), Vajd R (ur.). *Urgentna medicina – izbrana poglavja 8. Deveti mednarodni simpozij o urgentni medicini*, Portorož, 19.–22. junij 2002. Ljubljana, Slovensko združenje za urgentno medicino, 2002: 65–9.
3. Krčevški Škvarč N. Bolečina v urgentni medicini. V: Bručan A (ur.), Gričar M (ur.), Vajd R (ur.). *Urgentna medicina – izbrana poglavja 8. Deveti mednarodni simpozij o urgentni medicini*, Portorož, 19.–22. junij 2002. Ljubljana, Slovensko združenje za urgentno medicino, 2002: 50–5.
4. Li D, Puntillo K. Ask the experts. *Crit Care Nurs* 2004; 24: 68–72 (dostopno na internetu <http://ccn.aacnjournals.org/>).
5. Payne S, Walker J. Psihologija v zdravstveni negi. Ljubljana: Educy, 2002: 166–72.
6. Stanik-Hutt JA. Pain management in the critically ill. *Crit Care Nurs* 2003; 23: 99–103 (dostopno na internetu <http://ccn.aacnjournals.org/>).
7. Ščavničar E. Ocenjevanje pojava bolečine v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 1997; 31: 223–32.
8. Ščavničar E. Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 2004; 38: 101–11.
9. Vilman J. Sedacija pri poškodovancu na terenu. V: Mohor M (ur.). *IV. Regijski seminar o urgentni medicini – oskrba poškodovancev na terenu*, Kranj, 1.–2. oktober 1999. Kranj, Osnovno zdravstvo Gorenjske, 1999: 62–5.