

VPLIV BOLEČINE NA PROCES ZDRAVSTVENE NEGE

Eva Banič

UDK/UDC 616-071.4-083

THE IMPACT OF PAIN ON THE PROCESS OF NURSING

DESKRIPTORJI: zdravstvena nega proces; bolečina

DESCRIPTORS: nursing process; pain

IZVLEČEK – Bolečina je zelo pogost vzrok bolnikovega neugodja in izogibanje le-tej je osnovna človekova potreba. Bolečino povzroča bolečinski dražljaj, na katerega se vsakdo odziva individualno. Reakcija na bolečinski dražljaj, je fiziološka, psihološka in kulturna in vpliva na posameznikove fiziološke, psihološke in socialne potrebe. Ocena stanja in ukrepi so pri akutni in kronični bolečini različni. Na občutenje bolečine vplivajo tudi izkušnje z njo. Bolnikovo opisovanje bolečine in neverbalni znaki nam služijo za oceno stanja. Ukrepi vključujejo pomoč bolniku, da se izogne bolečinskim dražljajem ali da se le-ti zmanjšajo na minimum, aplikacijo zdravil, odvratanje pozornosti od bolečine, kožno stimulacijo in sprostitvene tehnike.

ABSTRACT – Pain is very common cause of patient's discomfort, and its avoidance a basic human need. Pain is caused by pain stimulus, the reaction to which is strictly individual. Response to pain is physiological and psychological and depends also on cultural environment; it affects the individual's physiological, psychological and social needs. The assessment and treatment depend upon whether pain is acute or chronic. Pain is also influenced by the individual's previous experience. The patient's description of pain and his/her non-verbal behaviour provide us with the data for assessment. Nursing interventions for pain relief involve the assistance to the patient in avoiding and reducing stimuli causing pain, alleviation of pain, application of painkillers, use of distraction techniques, cutaneous stimulation and relaxation techniques.

Uvod

Bolečina je kompleksen pojav in je v večini primerov obrambni mehanizem – reakcija. Je eden od najpogostejših vzrokov, ki prisili človeka, da poišče strokovno pomoč. Bistveno spremeni počutje oziroma občutek ugodja. Brez pojava bolečine bi bolezen pogosto ostala prikrita, se pravi, da bolezen pogosto odkrijemo šele takrat, ko se pokaže bolečina, ki je lahko znak določene bolezni, kar pa ni nujno.

Bolečina ni vidna in jo definiramo kot individualno izkušnjo ali individualno doživljanje. Ta opredelitev jasno pove, da bolečine ni možno objektivno opisati (Beatrice Soffer, 1981).

Sternback opredeljuje bolečino kot vzorec individualnih odgovorov, ki je odvisen od človekovega fiziološkega, psihološkega in kulturnega ozadja (Sternback, 1968).

Mc Caffery (1972) trdi, da je bolečina tam, kjer jo človek opisuje, in takšna, kot jo opisuje ter prisotna takrat, ko jo opisuje.

Delitev bolečine

Bolečino delimo glede na vzdraženost receptorjev in trajanje. Glede na vzdraženost receptorjev je bolečina lahko površinska (vzdraženi so receptorji v koži), globoka (vzdraženi so receptorji v skeletnih mišicah, kitah, sklepah) in visceralna (vzdraženi so receptorji v notranjih organih).

Po trajanju je bolečina lahko akutna in kronična.

Akutna bolečina traja kratek čas, od enega dne do nekaj tednov.

Kronična bolečina je lahko konstantna, traja dlje, lahko se potencira, vmes pa so lahko tudi obdobja brez bolečin.

Fantomske bolečine čuti v delu telesa, ki ga ni več (amputirana noga). Zakaj je tako, še ni popolnoma raziskano; vzrok naj bi bil bolečinski spomin (izkušnje) in preostale živčne poti.

Dejavniki, ki vplivajo na doživljanje bolečine

Dejavniki, ki vplivajo na doživljanje bolečine, so: dražljaj, zaznava in reakcija (odgovor) organizma.

Dražljaj

Bolečina se pojavlja pri mehaničnih poškodbah tkiva (operativna rana...), zaradi eksogenih in endogenih kemičnih dražljajev (metaboliti, bolečinske snovi) in pri patoloških spremembah organizma (vnetja, tumorji).

Pri mehaničnih poškodbah tkiva deluje fizikalna sila, ki pritisne na živčne končiče ali jih poškoduje, obenem pa povzroči, da se v celicah sproščajo kemične snovi, ki vzdražijo receptorje za bolečino. Zaradi mehaničnega pritiska je motena cirkulacija krvi in odplakovanje metabolitov, ki so kemično dražilo za receptorje. Tak mehanični pritisk lahko povzroči tudi tumor, ki pritiska na okolno tkivo, živčne končiče in krvne žile.

Zaznavanje bolečine

Zaznavanje bolečine je subjektivno. Ker jakost bolečine ni merljiva, moramo upoštevati posameznikovo subjektivno izjavo o oceni jakosti. Velikokrat se sicer pojavlja dvom v izjavo, vendar moramo upoštevati načelo: «Če bolnik toži o bolečini, potem jo tudi čuti». Bolnik, ki čuti bolečino, doživlja neugodje in bi se rad počutil drugače.

Zaznavanje bolečine je predvsem odvisno od bolečinskega praga, ki je tista točka, na kateri posameznik čuti bolečino. Bolečinski prag je pri različnih ljudeh različen in pomeni jakost dražljaja, ki povzroča neugodje, bolečino. Poleg individualnih razlik je lahko odvisen od obolenja, poškodbe, emocionalnega stresa, utrujenosti in tudi od nezaupanja v medicinsko sestro.

Tako ista oseba v različnem času in v različnih okoliščinah reagira različno pri isti jakosti bolečine oziroma pri istem dražljaju.

Bolečinski prag lahko spremeni sugestija ali odvrčanje od bolečine. Nogometiš na primer začuti bolečino v poškodovani nogi šele takrat, ko je tekma končana.

Reakcija na bolečino je fiziološka, psihična ali vedenjska manifestacija. Fiziološka reakcija je hotena in nehotena (autonomna). Hotena reakcija predstavlja refleks v smislu umika ali odstranitve prizadetega dela telesa pred dražljajem, na primer, če se kdo po nerodnosti dotakne razgrete plošče na štedilniku, se sproži refleksna reakcija – človek odmakne roko.

Gibanje povzroči operirancu bolečino, zato se brani gibanja.

Avtonomna reakcija vključuje notranje organe in žleze in je «obramba organizma». Znaki, ki se pojavijo so posledica draženja simpatikusa in jih je možno opazovati. Pri akutni bolečini se pojavi pospešen pulz, povišan arterijski krvni pritisk, pospešeno dihanje, znojenje, razširjene zenice, bolnik leži v določenem položaju. Opazne so tudi psihične spremembe, kot so strah, nemir in razdražljivost.

Pri kronični bolečini pa se pojavijo nespečnost, izguba teka, brezvoljnost, fizična in psihična izčrpanost, spremenjena mimika obraza (trpeč izraz), tako da se že na obrazu lahko opazi, da bolnik trpi. Bolečina se kaže tudi na neverbalen način. Takšna ugotovitev pa je medicinski sestri v veliko pomoč v primeru, ko je pri oceni stanja bolečine odvisna zgolj od opazovanja. Pa tudi tam, kjer je verbalno komuniciranje možno, se dogaja, da bolnik pogosto ne toži zaradi bolečine in je ne opisuje, ampak jo potrpežljivo prenaša, misleč da je bolečina pač sestavni del bolezní. Pri takem bolniku okolica komajda opaža prisotnost bolečine. Nekateri bolečino celo zanikajo, čeprav jo čutijo, spet drugi jo potencirajo. Potencirajo jo lahko v prisotnosti drugih oseb (svojci . . .) ali pa jo potencirajo zaradi odsotnosti svojcev, ker na primer le-ti niso prišli na obisk.

Zaradi vsega tega lahko pride do napake pri ocenjevanju stanja bolečine. Vedenje posameznika je odvisno od narave bolečine, od njene intenzivnosti, od bolnikovega kulturnega ozadja, od vzgoje v otroštvu, od izobrazbe in kasnejših izkušenj v zvezi z bolečino.

Človek je produkt svojega okolja in si prizadeva, da bi sprejel standarde vedenja svoje kulture. Tako je lahko nekdo odraščal v taki kulturni sredini, kjer je veljalo načelo, «trpeti in molčati», ali pa je bilo v njegovem okolju povsem običajno, da človek kriči ali kako drugače glasno izraža bolečino. Znano je, da se ljudje z jugovzhodne poloble z bolečino spopadajo z močno psihično reakcijo, predvsem ženske. Indijanci pa prenašajo bolečino nemo, brez besed, kot da so zanjo popolnoma neobčutljivi. Reakcija na bolečino je odvisna tudi od utrujenosti, ko se bolečinski prag zniža.

Strah zanesljivo poveča bolečino in reakcijo na njo. Celó brez bolečinskega dražljaja se lahko pojavi občutek, da nekaj boli, in bolečinski dražljaj lahko predstavlja pogovor o nečem, kar predstavlja bolečino. Vzrok za bolečino je lahko psihične narave (psihonevrotiki).

Pri navalu bolečine moramo upoštevati toleranco. Toleranco definiramo kot mejo, ko je jakost bolečine še taka, da jo človek lahko prenaša (Mc Caffery, 1979). Toleranca je odvisna od tega, koliko posameznik lahko subjektivno prenese in je povezana z bolečinskim pragom.

Pri ocenjevanju bolečine mora medicinska sestra upoštevati načelo individualizacije, kar pomeni, razumeti bolnikovo individualno izražanje bolečine. Rezultat so učinkovita ocena stanja in pravilni ukrepi.

Ob vsem tem ne smemo pozabiti, da je tudi medicinska sestra obremenjena s svojim kulturnim ozadjem, ki ga je prinesla iz otroštva. Če medicinska sestra zaradi tega ceni tiho prenašanje bolečine, se kaj lahko zgodi, da bo negativno reagirala na bolnikovo izražanje bolečine. Odnos medicinske sestre do bolečine pri bolniku je torej lahko subjektivno obarvan, če se zavestno ne korigira.

Podatki za ocenjevanje bolečine

Ocenjevanje bolečine ni enkratno dejanje, ampak kontinuiran proces. Bolečina se lahko spreminja. Za pravilno oceno stanja je potrebno imeti znanje in sposobnost opazovanja (neverbalni znaki, opažanje sprememb), sposobnost beleženja informacij in sposobnost prenašanja informacij na svoje sodelavce ter upoštevanje povratnih informacij.

Pri ocenjevanju bolečine so pomembni lokalizacija bolečine, kvaliteta, jakost, trajanje, pojav bolečine ob izvajanju določenih življenjskih aktivnosti.

Lokalizacija: kje boli, obseg bolečine, ali je bolečina omejena ali izžareva v okolico.

Kvaliteta: medicinska sestra predvsem upošteva, kako bolnik opisuje bolečino. Pri dokumentiranju je potrebno opisati bolečino z besedami, s katerimi jo je opisal bolnik.

Jakost težko ocenimo. Nasploh menimo, da gre za povezavo med jakostjo dražljaja in jakostjo zaznavanja. Jakost bolečine ni izmerljiva, čeprav jo je možno ocenjevati in registrirati z besedami ali s številkami na primer od 0–10 ali od 0–3, po načelu progresivne nege.

Trajanje bolečine. Pomembno je vedeti, kdaj se je bolečina pojavila in koliko časa traja. Če se pojavlja intermitentno, je potrebno vedeti, v kolikšnih časovnih presledkih se pojavlja. Ločiti je treba med akutno in kronično bolečino in ob izvajanju katerih življenjskih aktivnosti se bolečina pojavlja. Na primer v mirovanju, pri gibanju, zjutraj, zvečer. Koliko časa je preteklo od aplikacije analgetika? Kako deluje analgetik? Katere aktivnosti so zaradi bolečine motene?

Otroci, afazični, zmedeni in neorientirani bolniki niso sposobni verbalno komunicirati. Pri teh bolnikih se medicinska sestra pri oceni stanja opira na verbalne znake. Spremenjen izraz obraza, stokanje, jok, stiskanje zob, nemir, rigidnost, drgnjenje določenega dela telesa, določen položaj telesa so znaki, ki kažejo prisotnost bolečine.

Vir podatkov so lahko tudi svojci. Vsi zbrani podatki so dokumentirani. Podatki so koristni za bolnika, medicinsko sestro in njeno delo, za zdravnika in druge člane tima.

Postavitev negovalne diagnoze

Negovalna diagnoza vsebuje znake, ki so dejanski ali potencialni problemi zdravja in jih medicinska sestra lahko reši z negovalnimi ukrepi (Dossey in Guzzetta, 1981).

Bolnikov problem je bolečina, ki se v negovalni diagnozi smatra kot vzrok, ki deluje moteče na posamezne življenjske aktivnosti in udobje (občutek ugodja); na primer: bolnik, ki je bil danes operiran, se pritožuje nad bolečino v trebuhu.

Negovalna diagnoza: Neugodje zaradi bolečine v predelu operativne rane na trebuhu.

Vpliv bolečine na bolnikove potrebe

Bolečina vpliva na bolnikove fiziološke, psihološke in socialne potrebe. Vpliv na fiziološke potrebe se izraža v obliki motenj spanja, slabšega teka, motenj gibanja, nepravilnega dihanja (predvsem pri operiranem bolniku). Tudi na odvajanje lahko vpliva ali pa odvajanje povzroča bolečino.

Vpliva tudi na potrebo po pripadnosti in ljubezni (v najširšem pomenu besede), samospoštovanje, na potrebo po delu in tudi na rezultate dela. Bolnik je negotov.

V socialnem smislu vpliva na bolnikovo družino, na medsebojne odnose in na socialne stike. Lahko je celo vzrok za socialno izolacijo.

Negovalni ukrepi:

Negovalni ukrepi vključujejo:

- pomoč bolniku, da se izogne bolečinskim dražljajem ali da se le-ti zmanjšajo,
- lajšanje bolečine,
- izvajanje zdravnikovih naročil.

Medicinska sestra se mora znati bolniku približati in se vživeti v njegov problem,

V primeru, ko je vzrok za bolečino znan, se mu pogosto lahko izognemo. Bolnika moramo poučiti, kaj povzroča bolečino, katere aktivnosti so zanj primerne in kaj lahko bolečino izzove ali okrepi. V nekaterih primerih pa se bolečinskimi dražljajem ni mogoče izogniti. V tem primeru je pomembno, da se bolečina kar se da zmanjša. Na primer: operiranega bolnika pri spreminjanju položaja boli; medicinska sestra lajša bolečino tako, da mu pri spreminjanju položaja pomaga.

Za lajšanje bolečine so lahko učinkovite sprostitvene tehnike, s katerimi se zmanjšujeta strah in napetost. S sredstvi, kot je učinkovit pogovor, osredinjanje na globoko in počasno dihanje, lahko preusmerimo njegovo pozornost. S tem preprečimo prenos bolečinskega dražljaja do višjih centrov. Ta sredstva so učinkovita predvsem pri tistih bolnikih, ki jih je strah bolečine. Na ta način pomagamo bolniku, ki se pripravlja na kakšen boleč poseg. Na poseg ga je najprej treba pripraviti, ga o njem poučiti, med izvedbo posega pa doseči najvišjo možno stopnjo sprostitve. Mišična napetost namreč povečuje reakcijo na bolečino. Bolečina se zmanjša tudi z ustreznim položajem.

Pomoč bolniku za zmanjšanje bolečine je dajanje zdravil (analgetikov), ki jih predpiše zdravnik. Dajanje zdravil je najuspešnejši način obvladovanja bolečine. Pri analgetikih moramo razlikovati med narkotiki in nenarkotiki. Medicinska sestra mora tudi ugotoviti, ali gre pri bolniku za razvado uživanja analgetikov, pa tudi, če uživa bolnik občutek ugodja po aplikaciji.

Sicer moramo tudi vedeti, kdaj analgetik začne delovati, kdaj delovanje doseže vrhunec in kdaj se začne učinek zmanjševati. Učinek analgetika je tudi individualen, zato sta potrebna opazovanje in pogovor (povratna informacija).

Zaradi lajšanja bolečine včasih apliciramo tudi neučinkovito snov – placebo. Placebo apliciramo bolniku, ki nima objektivnega razloga za bolečino, čeprav bolečino čuti. V tem primeru je pomembno, da medicinska sestra bolniku ne pove, da mu ni dala analgetika, ker bi sicer izgubil zaupanje v zdravljenje in bi se porušili dobri odnosi.

Stimulacija kože dosežemo z masažo, pritiskom, toploto, hladom, transkutano električno živčno stimulacijo (TENS). Ti ukrepi se izvajajo po naročilu zdravnika in vseh teh ukrepov ne izvaja medicinska sestra.

Toplota je lahko učinkovita pri mišični bolečini ali krču.

Hlad vpliva na periferno cirkulacijo in zmanjšuje edem, ki pritiska na živčne končiče.

Z masažo zmanjšamo mišično napetost, ki je vzrok bolečini, Mišična napetost je lahko tudi posledica dlje trajajoče negibnosti.

Sklep

Medicinska sestra je strokovnjak na svojem področju, če bolnika obravnava celovito. Bolečina je pojav, ki ne zahteva od medicinske sestre zgolj tehnične aplikacije predpisanih zdravil, pač pa veliko več, saj z upoštevanjem bolečine v procesu zdravstvene nege in individualnih posebnosti pri bolniku lahko lajša bolečino ali jih celo prepreči.

Tako bolniku omogoči najvišjo možno stopnjo udobja, ki spada h kvalitetni zdravstveni negi.

Literatura

1. Atkinson LD, Murray ME. Fundamentals of nursing: a nursing proces approach. New York: Macmillan, 1985: 658–74.
2. Davis AJ. Listening and responding. St. Louis, Toronto: Mosby, 1984: 186–211.
3. Dickelman N, Halpin P, Bennett M, Shanger L, Wickerman B. Fundamental of nursing. New York: McGraw-Hill, 1980: 490–503.
4. Fischback P. Der chronisch Schmerz. Dtsch Krankenpflege Z 1986; 39: 162–4.
5. Goodall C. Living with pain. Nurs Times Mirror 1988; 84: 62–5.
6. Halbgewachsh H. Schmerztherapie in der Praxis. Dtsch Krankenpflege Z 1986; 39: 159–60.
7. Kossnan B. Chronischer Schmerz. Dtsch Krankenpflege Z 1986; 39: 156–9.
8. Lehman K. Schmerztherapie. Dtsch Krankenpflege Z 1986; 39: 146–52.
9. Seer K. Perceptions of pain. Nurs Times Mirror 1987; 83: 37–9.
10. Sensmeyer A. Schmerztherapie aus pflegerischer Sicht. Dtsch Krankenpflege Z 1986; 39: 141–6.
11. Widmaier W. Medikamente zur Schmerzbekämpfung. Dtsch Krankenpflege Z 1986; 39: 179–84.
12. Zimmermann M. Schmerz bei Tumorpatienten. Dtsch Krankenpflege Z 1986; 39: 152–5.
13. Mirabelli L. Pain management. In: Umphred DA, Jewell MJ ed. Neurological rehabilitation. St. Louis: Mosby, 1985: 600–14.