

CELOSTNA OBRAVNAVA POJAVA BOLEČINE V ZDRAVSTVENI NEGI

HOLISTIC TREATMENT OF PAIN IN THE FRAMES OF NURSING CARE

Emma Ščavničar

UDK/UDC 616-071.4-083

DESKRIPTORJI: bolečina-zdravstvena nega

DESCRIPTORS: pain-nursing

Izvleček – V članku je predstavljena bolečina kot kompleksen pojav, ki ima fizični, psihični, socialni, kulturni in duhovni vidik. Je v celoti človekova ali posameznikova subjektivna izkušnja, na katero delujejo osebni, kulturni in biološki dejavniki. Razloženo je kako je pri pojavu bolečine vključena nevrofiziologija telesa in kako jo lahko povečajo ali tudi zmanjšajo drugi dejavniki. Pojav bolečine je v zdravstveni negi na prioritetnem mestu. Obravnava bolečine kot subjektivne izkušnje predstavlja izhodišče pri ocenjevanju posameznikovih potreb po zdravstveni negi, načrtovanju intervencij za doseg ciljev, izvedbo in vrednotenje načrtovanega.

Abstract – The article presents pain as a complex phenomenon with its physical, psychological, social, cultural and spiritual aspect. Pain is individual and subjective experience and is influenced by personal, cultural and biological factors. Pain is tightly connected with neurophysiology of the body and its intensity can be influenced upon by other factors. Pain is a priority in nursing care. Treatment of pain as a subjective experience represents the starting point in evaluation of needs of an individual for nursing care, in the planning of interventions for the achievement of goals, the process itself and the evaluation of the planned process.

Uvod

Bolečina je kompleksna človekova izkušnja. Pogosto je signal, da je z zdravjem nekaj narobe, vedno pa vpliva na posameznikovo/bolnikovo (dalje P/B) počutje in kakovost življenja.

Definicija o bolečini iz leta 1992, ki jo navajata International Association for the Study of Pain in American Pain Society (cit. McCaffery in Pasero, 1999), pravi, da je bolečina neprijetna čutna in čustvena izkušnja, ki je posledica aktualne ali potencialne poškodbe tkiva ali je nekaj, kar se lahko opiše z izrazom poškodba. Po tej definiciji je bolečina pojav (fenomen), ki je sestavljen iz več elementov in vpliva na človekovo fizično, psihično in socialno funkcioniranje. Ni možno predvideti povezave med okvaro tkiva in občutenjem bolečine, ker je to individualno.

Vsebina definicije je kompleksna in ne omenja izključno aktualne poškodbe tkiva, ampak dopušča tudi potencialno možnost za njo, kar pomeni, da se ta lahko aktualizira v prihodnosti. Poleg tega fizičnega vidika omenja tudi čustven vidik bolečine.

Glede na to, da je bolečina osebna izkušnja, je z etičnega vidika še vedno primerna definicija bolečine Margo McCaffery (1968 cit. Ščavničar, 1997)), ki pravi, da je bolečina prisotna kjerkoli in kadarkoli posameznik reče, da jo čuti oziroma doživlja in je tako močna, kot jo ocenjuje.

Ta definicija je za medicinsko sestro (dalje MS) zavezujoča, saj pomeni to, da mora P/B vedno verjeti, ko toži, da trpi bolečino, ne glede na to ali je vzrok pojava bolečine znan ali ne. Ni nujno, da je bolečina vedno posledica poškodbe tkiva (fizični vzrok).

Sternback (1979 cit. Fordham in Dunn, 1994) podaja devet opisnih izrazov za pojav bolečine pri posamezniku. Bolečina je:

- posledica posameznikovega stanja zdravja ali bolezni;
- elementarni občutek;
- kompleksni občutek;
- čustveni odziv;
- nevro-fiziološka dejavnost;
- nevro-kemični odziv na stres;
- vedenje, ki je posledica B/V prilagoditve na bolečinski dražljaj;
- posledica notranjega psihičnega neravnovesja;
- posledica med osebne manipulacije.

Zaradi osebnih razlik v zaznavanju bolečine in odzivov na pojav bolečine, kot tudi različnih vrst bolečine, je nujno, da ima medicinska sestra teoretično znanje in obvlada veščine za obravnavo le-te v zdravstveni negi (dalje ZN), da bi P/B lahko zagotovila najvišjo možno stopnjo dobrega počutja kot visoko uvrščene potrebe. Teoretično znanje in veščine pa ve-

dno znova obogati s svojim izkustvenim znanjem, ki ga pridobiva ob svojem delu, ko obravnava P/B, ki mu bolečina povzroča trpljenje.

Skrb medicinske sestre za P/B, ki trpi bolečino je v prvi vrsti povezana s tistim, kar spada na področje ZN in ne s predpisovanjem bolečinske terapije, čeprav jo seveda izvaja po navodilu zdravnika. Metoda dela za obravnavo bolečine je procesna.

Pojav bolečine povzročajo fizikalni, psihološki, socialni, kulturni in duhovni dejavniki ali obratno, bolečina povzroča odzive na omenjene vidike posameznikove biti, ker je zaznavanje le-te vedno celovito. Osnove za vodenje ali obravnavo bolečine so odvisne predvsem od P/B pojmovanja pojava bolečine ali njegove osebne razlage bolečine, kot pojava in tudi njegovih preteklih izkušenj z njo. Posameznikova izkušnja z bolečino torej ni izolirana, ampak je intimna, osebna in povezana z njim, kot s celoto. To pomeni, da mora biti tudi obravnava pojava bolečine celovita in, da je posameznika potrebno obravnavati kot biološko, psihično, socialno in duhovno celoto.

Obravnava bolečine pri P/B se je skozi zgodovino spreminjala. Človečnost (humanost) obravnave pojava bolečine se je povečala z razumevanjem anatomije in fiziologije pojava bolečine, sodobnih teorij o bolečini, predvsem teorije kontrolnih vrat (gate control), ki pravi, da višji centri v možganih kontrolirajo nižje (Melzack, 1990); predvsem pa zaradi že omenjene obravnave P/B kot celote.

Bolečina in trpljenje

Cassel (1982 cit. Fordham in Dunn, 1994) je napisal, da bolečino spremlja trpljenje, ki je povezano z vsakim vidikom osebnosti. Cassel nadalje navaja, da bolečino spremlja trpljenje, ko človek čuti, da nima več kontrole nad njo in ga ta popolnoma prevzame. V tem primeru bolečina vstopa v človekovo bivanje ali eksistenco in vpliva na njegovo osebnostno celovitost (integriteto).

Copp (1975 cit. Fordham in Dunn, 1994) je zapisal, da je bolečina občutenje ali čustveno, fizično in duševno stanje. Paradoksalno je, da posameznik lahko doživlja in sprejema bolečino, ki je sicer negativen pojav, tudi pozitivno, predvsem glede na izid (bolečina ob porodu, menstruaciji, leptilni posegi itn.).

Način doživljanja bolečine je pod vplivom določene kulture in P/B lahko pomeni:

- čistilni plamen ali nekaj plemenitega, ko jo preseže;
- kazen, ki je zaslužena in jo zato sprejema (angleška beseda pain, ki pomeni bolečino, je izpeljana iz grške besede pain, ki pomeni kazen) ;
- izziv k dejavnosti ali tudi k boju, ki prinese osebno zmago, ko se je sposoben soočiti z njo;
- občutek osebne slabosti, ker je ne more sprejeti in premagati;

- priložnost za učenje o sebi in svojih odzivih;
- lastno izkušnjo z bolečino, ki povečuje razumevanje in sočutje do sočloveka, ki trpi bolečino.

Medicinska sestra, ki obravnava P/B z bolečino, sprejema njegovo razlago bolečine, čeprav se seveda to vedno ne sklada z njeno razlago, ki je strokovna in ji sledijo postopki ZN.

Teorije o pojavu bolečine

Pojav bolečine je kompleksen, zato ga je težko razložiti. V sodobni literaturi obstajajo štiri pomembne teorije, s katerimi avtorji poskušajo razložiti prenos ali pot bolečinskega dražljaja do centra za bolečino in zaznavanja le-te.

Specifična teorija (Descartes, 1644; Wall, 1989 cit. Fordham in Dunn, 1994) razlaga pojav bolečine pri poškodbi tkiva kot posledico vzdraženosti specifičnih receptorskih celic pod vplivom bolečinskih dražljajev. Dražljaji se nato prenašajo do specifičnega centra v hrbteničnem mozgu, od tod do centra v talamusu in naprej do senzoričnega centra v možganski skorji. Descartes je imenoval ta sistem za prenos bolečinskega dražljaja »zvonec z gumbom,« ki ga dražljaj sproži in zazvoni v glavi. Ta teorija je preveč poenostavljena, ker so avtorji upoštevali zgolj poškodbo tkiva in živčni sistem, ne pa individualne razlike v doživljanju pojava bolečine, razlik v bolečinskem pragu, vpliva čustev in tega, da specifičnih bolečinskih receptorskih celic v vseh primerih ni možno lokalizirati.

Teorija vzorcev je nastala zaradi pomanjkljivosti specifične teorije. Ključni koncept v teoriji vzorcev je, da je bolečina posledica prenosa živčnih dražljajev, ki izvirajo in so kodirani kot periferno mesto stimulacije in manj kot stimulacija specifičnih receptorjev. Po poškodbi tkiva se vzpostavi krog v spinalnih internevronih, ki omogočajo zaznavanje pojava bolečine tako, da celo misel na bolečino lahko povzroči njen pojav. Na tej teoretični osnovi se najlaže razloži fantomska bolečina amputiranega dela okončine ter kronična in intermitentna bolečina (Wedell, 1955; Hebb, 1949; Melzack, 1981 cit. Fordham in Dunn, 1994).

Teorija kontrolnih vrat, ki sta jo prva publicirala Melzack in Wall (1965 cit. Fordham in Dunn, 1994) upošteva nekaj vidikov prejšnjih dveh tradicionalnih teorij. Teorija kontrolnih vrat opisuje prenos bolečinskih dražljajev in povezanost med pojavom bolečine in bolnikovim psihičnim stanjem, preteklimi bolečinskimi izkušnjami ter čustvi (strah, tesnoba). Kontrolna vrata so v formaciji, ki se imenuje substantia gelatinosa in se nahaja v zadnjem delu hrbteničnega mozga.

Ključni koncept te teorije je, da hrbtenični mozeg deluje kot kontrolna vrata, ki lahko povečajo, zmanjšajo ali preprečijo prenos bolečinskih dražljajev na poti

od perifernega živčnega sistema, do možganov. Bolečina se na živčni poti do možganske skorje spremeni (transformira). Poleg omenjenih kontrolnih vrat, imajo tudi možgani vgrajen mehanizem kontrole (retikularna formacija), ki se je oblikoval pod vplivom preteklih bolečinskih izkušenj in naučenega vedenja ob pojavi bolečine v preteklosti.

Odprtost ali zaprtost kontrolnih vrat je odvisna od retikularne formacije v možganih, možganske skorje, A-delta vlaken in C-vlaken (Melzack in Wall, 1965; 1983). C-vlakna nosijo impulze iz poškodovanega tkiva na primer iz periferije telesa. Zaznavanje bolečine je poleg tega pod vplivom B/V duševnega stanja, čustev in preteklih izkušenj z bolečino. Ključne trditve v teoriji kontrolnih vrat so:

- bolečino je mogoče kontrolirati z vplivom na A-delta vlakna (»hitra vlakna«) s tehniko kot je kožna živčna stimulacija;
- bolečina se zmanjša z omenjenim vplivanjem (zaviranjem) na prenos bolečinskih dražljajev do C-vlaken (»počasna vlakna«);
- bolečina se lahko kontrolira z draženjem, ki odvrta, kot je električni tok, vibracija, toplota, hlad in taktilna stimulacija (dotik). Vse od tega povzroča višanje tolerance za močnejše škodljive dražljaje;
- zdravila lahko delujejo zaviralno s tem, ko pospešujejo dejavnost kontrolnih vrat.

Teorija kontrolnih vrat vključuje senzorno, emocionalno ter kognitivno dimenzijo bolečine in je tudi osnova določenim neinvazivnim dejavnostim za obravnavo bolečine.

Teorija, ki upošteva delovanje *endogenih opiatov* (endorfini, enkefalini in dinorfini). Pojav bolečine je posledica sproščanja kemičnih snovi iz celic poškodovanega tkiva kot so: prostaglandini in bradikinin ter iz poškodovanih živčnih končičev snov P in 5-hidroxitriptamin (Messing in Lytle, 1977; Hedler in Fenton, 1979 cit. Fordham in Dunn, 1994). Z upoštevanjem endogenih mehanizmov v telesu je, poudarjena vloga biokemije pri spreminjanju – modulaciji bolečine.

Pomembno je omeniti še dve teoriji, ki še posebej postavljata P/B, ki trpi bolečino v središču in po kateri se razume bolečino kot celosten pojav, ki ga B/V doživlja.

Izkušnjska teorija vključuje vrsto, obseg, jakost in način doživljanja bolečine v času in spremljajoče simptome bolečine, kot so na primer bruhanje, nespečnost, sprememba apetita itn. Ta teorija poleg tega omenja dejstvo, da ima bolnik absolutno znanje o svoji bolečini (McCaffery, 1972 cit. Fordham in Dunn, 1994);

Teorija, ki se opira na to, kaj P/B pomeni pojav bolečine (Wall in Jones, 1991).

Vrste in razdelitev pojava bolečine

Pojav bolečine je posledica dražljajev, ki jih povzročijo dejavniki za nastanek bolečine. Copp (1985 cit. Fordham in Dunn, 1994) delita bolečino na tisto, ki je posledica:

- bolezn: akutna in kronična (traja več kot šest mesev);
- diagnostike in zdravljenja bolezn (boleče preiskave, fizikalna obravnava, operativni poseg);
- intervencij zdravstvene nege za zadovoljevanje potreb, ki so povezane z življenjskimi aktivnostmi in so lahko boleče, kot na primer sprememba lege telesa, hoja, oskrba rane itn. Intervencije se morajo izvajati z bolnikom (ker se zaradi sodelovanja znižata toleranca za bolečino) ali za bolnika, če ta ni sposoben kakorkoli sodelovati;
- bolnikove odklonitve obravnave bolečine s farmakološkimi ali nefarmakološkimi sredstvi iz različnih osebnih razlogov.

McCaffery in Beebe (1989 cit. Fordham in Dunn, 1994) sta delili bolečino na: maligno, nemaligno, vnetno in ishemično. Pod maligno po tej razdelitvi ne spada vedno rakasta bolečina, ampak se razume neobvladljivo jakost bolečine.

V pogovoru o bolečini velja razdelitev bolečine na akutno, rakasto in kronično (McCaffery, Pasero, 1999)

Za klinično uporabo velja razdelitev v povezavi s patologijo na nociceptivno in nevropatsko.

Nociceptivna bolečina je posledica vzdraženosti nociceptorjev. Bolečinske receptorske celice ali nociceptorji so prosti živčni končiči v tkivu, ki se odzivajo na bolečinske dražljaje. Na temperaturne dražljaje se odzivajo termoreceptorji, na kemične kemoreceptorji in na položaj telesa proprioreceptorji. Dražljaji prihajajo iz okolja in poškodujejo tkivo ali, ko mehanični, termični ali kemični dražljaji aktivirajo za poškodbe občutljive receptorske celice globoko v telesnem tkivu. Nociceptorji so v koži, krvnih žilah, v mišicah, podkožju, fascijah, pokostnici, drobovju, sklepkih in drugih strukturah. Nociceptorji proizvajajo impulze, ki se prenašajo po perifernem živčnem vlaknu do centralnega živčnega sistema (CŽS). Nociceptivna bolečina je lahko telesna – somatska in organska – visceralna, ki zajame notranje organe. Pod visceralno spada po tej razdelitvi tudi rakasta bolečina in tista, ki je posledica obstrukcije votlih organov.

Nevropatska bolečina nastane zaradi poškodbe ali zaradi motenega delovanja živčnega sistema. Deli se na:

- nevropatsko bolečino, ki je nastala zaradi:
 - motenega delovanja ali poškodbe CŽS,
 - poškodbe na perifernem živčnem sistemu, ki se prenaša iz periferije do možganske skorje (fantomska bolečina),
 - katere koli druge poškodbe na periferiji telesa,

- motenega delovanja avtonomnega živčnega sistema;
- nevropatsko bolečino, ki je nastala na perifernem živčnem sistemu in se odraža kot:
 - polinevropatija, ker je prizadetih več perifernih živcev (diabetična, alkoholna polinevropatija);
 - mononevropatija, ki se čuti vzdolž določenega perifernega živca, ki je poškodovan zaradi pritiska na izstopišču iz CZS.

Kadar bolečina ni nociceptivna ali nevropatska oziroma kadar za njo ni fizikalnih ali nevropatskih mehanizmov, je *bolečina psihična*. Pogosto se bolnika, ki jo trpi, označi z nalepko, ki pomeni namišljeno bolečino. Na mesto, da bi bil deležen pomoči, doživlja nerazumevanje. Bolnik trpi bolečino, čeprav zanjo ni objektivnih ali organskih ugotovitev po kriterijih za diagnosticiranje bolečine, ki ga sicer opravi zdravnik. Tudi v tem primeru je bolečina lahko signal neke bolezn ali bližajoče se bolezni.

Psihična bolečina pa je res tudi lahko »nekaj, kar je v posameznikovi glavi« in pomeni, da zanjo ni fizikalnega vzroka ali tudi, ko govori neresnico o prisotnosti pojava bolečine (Duarte, 1997 cit. McCaffery in Pasero, 1999).

V obeh primerih ima MS težko nalogo. Namesto obsojanja in odpora do P/B in bolečine naredi temeljito oceno stanja. Ugotovitve uporabi v ZN in jih tudi prenese kot koristne podatke drugim sodelavcem.

Bolečina je lahko tudi *duhovna*, ki je posledica bolezni, ki napreduje in se ob tem hkrati pogloblja osebnostna kriza (Loveys, 1990). Morphy (1990) povezuje duhovno bolečino z izgubo zdravja, kontrole nad življenjem in samospoštovanja. Bowbly (1986) se osredotoča na čustva in občutke, ki jih povzročata kakršna koli izguba. Kubler Ross (1969) namesto o duhovni bolečini govori o posameznih fazah, ki spremljajo bolezen: jeza, zanikanje, osamljenost (izolacija) in končno sprejetje poteka bolezni (cit. Kinghorn in Gamlin, 2001). Zelo pogost pojav pri P/B je doživljanje obupa, ki ga povezuje s prepričanjem, da bolečina pomeni skorajšnjo smrt.

Kot je že bilo omenjeno, posameznik bolečino doživlja tudi v povezavi s psihosocialnimi okoliščinami: družbo, medosebnim odnosom, prepričanjem, družino, spremembo vlog, delovnim okoljem, preteklimi osebnimi izkušnjami in tekočimi okoliščinami. V zvezi s tem P/B doživlja jezo, žalost, stisko, obup, izločenost, potrtost itn., kar predstavlja duhovni vidik bolečine ali tudi duhovno bolečino (Copp, 1985 cit. Fordham in Dunn, 1994).

Prenos bolečinskega dražljaja in zaznavanje pojava bolečine

V prenos bolečinskega dražljaja iz periferije do CZS in zaznavanje bolečine so vključeni štirje procesi: transdukcija, transmisija, modulacija in percepcija.

Mehanični, kemični ali termični dražljaji povzročijo vznburjenje na periferiji (koža, podkožje, notranji organi ali telesne strukture) ali *transdukcijo*. Za prenos bolečinskih dražljajev je pomembna živčna pot iz periferije prek hrbtnega mozga do višjih centrov v možganih po primarnih aferentnih nevronih ali nociceptorjih.

Za prenos bolečinskih dražljajev – *transmisija* z mesta vznburjenja do hrbtnega mozga, možganov, talamusa in možganske skorje, sta odgovorni dve vrsti nociceptivnih živčnih vlaken: A-delta in C-vlakna (Fields, 1987 cit. McCaffery in Pasero, 1999).

A-delta vlakna ali »hitra vlakna« prenašajo bolečinske dražljaje, ki so povezani s poškodbo, ki je nastala ta trenutek, nenadoma in je lokalizacija bolečine jasna. Občutljiva so na mehanične in toplotne dražljaje.

C-vlakna ali »počasna vlakna« prenašajo bolečinske dražljaje, ki jih je težko lokalizirati in

vendar obstajajo. C-vlakna so občutljiva na mehnične, termične in kemične dražljaje. Zaradi prenosa bolečine prek C-vlaken bolečina po poškodbi tkiva nastaja počasi (Fields, 1987; Portenoy, 1996a; Wallace, 1992 cit. McCaffery in Pasero, 1999). Razliko med obema vrstama vlakna je možno opisati glede na čas nastanka in trajanja bolečine.

Primer

Dotik roke z žarečo ploščo povzroči močan občutek pekoče bolečine, zato človek hitro odmakne roko (A-delta vlakna). Ob dotiku pa je že prišlo do poškodbe – opekline, zato posameznik čuti pekočo bolečino še kar nekaj časa po dotiku (C-vlakna, ki so občutljiva na mehnične, termične in kemične dražljaje).

- Mehanični, kemični ali toplotni dražljaji se prenašajo s periferije telesa in vstopajo v zadnji del hrbtnega mozga, kjer se nahaja substania gelatinosa, ki predstavlja vrata. Zaviralni in vznburjevalni procesi v hrbtnem mozgu – *modulacija* spremenijo razmerje med začetnim dražljajem in prenosom dražljaja naprej v višje centre v CZS.

Sicer pa ni nujno, da je pri pojavu bolečine najprej izpostavljen fizikalni dejavnik, zaradi katerega pride do poškodbe tkiva. Bolečino P/B lahko doživlja tudi brez vidnega vzroka, kar pomeni, da vsaj na začetku ni fizikalnega dejavnika (McCaffery, 1972 cit. Fordham in Dunn, 1994).

Primer

Psihični stres lahko povzroči krč mišic vzdolž hrbtnice, predvsem v njenem vratnem delu. Zaradi krča mišic se sčasoma pojavi bolečina. Če se to stanje ponavlja ali traja dalj časa, pride zaradi stalnega krča mišic do sprememb v strukturi hrbtnice, ki jo spremlja bolečina kot posledica. (Fields, 1987 cit. McCaffery in Pasero, 1999).

- Zaznavanje ali *percepcija* je prenos bolečinskih dražljajev do možganske skorje, zavedanje in odzivi – predvsem vedenjski, na pojav bolečine.

Dejavniki, ki vplivajo na pojav bolečine

Dejavniki, ki vplivajo na pojav bolečine so pomembnejši, kot se velikokrat v vsakodnevni praksi upošteva.

Bolečinski prag je potrebna količina bolečinskih dražljajev, ki so potrebni, da se bolečina začuti. Bolečinski prag je odvisen od posameznika kot osebe, od življenjskega obdobja in stanja budnosti.

Sposobnost za prenašanje bolečine ali toleranca je najvišja jakost bolečine, ki jo posameznik še lahko prenese. Je odvisna od vsakega posameznika.

Strah pred bolečino lahko zniža bolečinski prag zaradi posameznikove osrediščenoosti na bolečino.

Utrujenost, izčrpanost in nenaspanost zmanjšajo posameznikovo sposobnost za prenašanje bolečine.

Neznanje, negotovost (diagnoza) in *neobveščенost* (obrnava) povzročajo strah pred neznanim. Posameznik čuti močno napetost (fizično, psihično) zaradi katere se poveča jakost bolečine.

Kultura, vrednote in prepričanje lahko bistveno vplivajo na odzive in vedenje.

Pomen bolečine za bolnika glede na različne vidike

Filozofski pomen bolečine je v tem, da je B/V izzvan k iskanju odgovora na vprašanja o pojavu bolečine: zakaj bolečina, zakaj jaz, zakaj sedaj? Odgovori so lahko povezani z določeno kulturo. Tako se pretvori izkušnja z bolečino v osebno izkušnjo. Iz določene kulture je v preteklosti ponekod izhajalo pravilo, da je bolečino treba trpeti in zaradi tega je bila uporaba analgetikov tuja, še posebej, če je bil eden od odgovorov, da je bolečina kazen (Ilich, 1976 cit. Fordham in Dunn, 1994).

Biološki pomen bolečine. Bolečina je biološki opozorilni znak ali signal. Pojav bolečine je koristno opozorilo, da se človek izogne poškodbi tkiva, razen v primeru v naprej planiranega posega v medicini: operativni poseg, injekcije, fantomska bolečina, sanacija zobovja itn.

Psiho-socialni pomen bolečine je povezan predvsem s posledicami bolečine ali z odgovorom na vprašanje: »Kaj P/B pomeni, da trpi bolečino?« Odziv P/B na pojav bolečine pomeni spremembo njegove aktivnosti na vseh področjih. Vključuje mišljenje in razumevanje pojava bolečine v povezavi z občutki in spremembami kakovosti življenja ter prilagoditev (adaptacija) na fizikalni, psihični in socialni ravni. To veli-

kokrat pomeni tudi popolno spremembo življenjskega sloga, ki je odvisna od narave bolečine in okoliščin trpečega (na primer akutni koronarni sindrom), še posebej v primeru ponavljajoče se bolečine in kronične bolečine. Pojav bolečine vpliva na P/B socialne stike s svojci in z drugimi pomembnimi osebami (Wall, 1989 cit. Fordham in Dunn, 1994).

Pomen pojava bolečine za medicinsko sestro

Medicinska sestra deluje v skupini (timu) za obravnavo bolečine in je v soodvisni vlogi. Znanje o bolečini, ki ga ima MS, pomen bolečine za P/B ter celostna obravnava bolečine, so elementi od katerih je odvisna kakovost obravnave P/B, ki trpi bolečino (Fordham in Dunn, 1994). Čeprav MS nudi zelo veliko pa vseeno, ko P/B zaradi bolečine zelo trpi, se to kombinira s farmakološkimi ali nefarmakološkimi sredstvi, ki jih predpiše zdravnik (Taylor in LeMone, 2001).

Tudi *odnos* med P/B in MS je oblika pomoči, ki ga MS razvija prek komuniciranja. Odnos je po svoji naravi partnerski in terapevtski in ga je potrebno razvijati od samega začetka. Skozi odnos se razvija *zaupanje* v sposobnosti MS. Medicinska sestra se zaveda, da P/B mora:

- dobiti potrebne informacije o bolečini;
- biti vključen v obravnavo pojava bolečine;
- imeti možnost pogovora ali tudi pogajanja, ko je to potrebno (dejavnosti, terapija);
- imeti možnost, da se odloča koliko bo dejaven in neposredno vključen v dejavnosti;
- čutiti razumevanje s strani MS.

V primeru, da P/B ni vključen in nima možnosti za sodelovanje, se pri njem začeta razvijati občutek izoliranosti in nezaupanje, ki se še posebej potencirata pri kronični bolečini in v terminalni fazi življenja, če to stanje spremlja bolečina.

Pojav bolečine ima izrazito neugoden vpliv na razpoloženje P/B, izvajanje dnevnih aktivnosti, spanje, eksistencialno področje in na kognitivne funkcije. V zvezi s pojavom bolečine pri P/B velja vedeti:

- bolečinski prag je individualen;
- toleranca za bolečino je spremenljivka in je odvisna od določenih okoliščin;
- nekateri P/B imajo zmanjšan občutek za bolečino;
- nekatera stanja ali boleznii pripomorejo k povečanemu (utrujenost, strah, izčrpano itd) ali zmanjšanemu občutku bolečine (kronični zapleti pri sladkorni bolezni itd).
- bolečino se lahko čuti brez pravega vzroka;
- B/V lahko čuti bolečino v amputiranem delu okončine;

- bolečina je lahko zelo močna pri minimalni poškodbi tkiva (ledvični kamni, krč koronarnih arterij, miokardni infarkt itd);
- bolečina je lahko odsotna pri obsežni poškodbi (razjeda zaradi pritiska pri kroničnih zapletih sladkorne bolezni, gangrena);
- bolečina je prisotna na mestu poškodbe ali je oddaljena od mesta poškodbe;
- bolečina je lahko prisotna na celotnem telesu brez poškodbe;
- bolečina se lahko seli po posameznih delih telesa.

Glede na omenjena dejstva, se poraja vprašanje, zakaj so moč, ostrina in celotno doživljanje pojava bolečine pri P/B nepredvidljivi in neodvisni od količine, vrste in lokalizacije poškodbe tkiva. Odgovor je, da 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. V zvezi s subjektivno pojavno izkušnjo bolečine pri P/B je lahko učinkovito:

- odklanjanje bolečine glede na čas, mesto in jakost (senzorno-perceptualni vidik);
- odklanjanje občutkov, ki pogojujejo določene vedenjske odzive (čustveno-motivacijski vidik);
- znanje, razlaga in vrednotenje pojava bolečine (konceptualiziranje).

Autton (1986 cit. Fordham in Dunn, 1994) je zapisal, da je P/B, ki doživlja bolečino, sposoben dojeti in razkrinkati čustveno neustreznost MS ali osebe, ki bi mu naj pomagala. Medicinska sestra in ostali, ki se velikokrat soočajo s pojavom bolečine pri P/B, jo lahko omalovažujejo. Zaradi tega bi MS morala v vsakem primeru znova ovrednotiti svoj odnos do posameznega P/B, ki trpi bolečino.

Delovanje MS v primeru pojava bolečine pri P/B je odvisno od njenega znanja. Znanje se lahko deli na to, kaj MS ve o bolečini v teoretičnem smislu, kako obvlada spretnosti za lajšanje ali odpravljanje bolečine in njeno sočutje do P/B, ki je pomembno za vzpostavitev terapevtskega odnosa. Ob tem pa mora upoštevati dejstvo, da je P/B tisti, ki o svoji bolečini ve največ in ima pravico do strokovno in etično ustrezne obravnave.

Vloge medicinske sestre v zvezi z obravnavo bolečine

Vloge medicinske sestre so povezane s P/B, ki trpi bolečino in z drugimi sodelavci, ki so prav tako vključeni v obravnavo bolečine.

V odnosu do P/B je MS v vlogi osebe, ki:

- ocenjuje stanje in ugotavlja specifične potrebe;
- preprečuje pojav bolečine tako, da z intervencijami ZN ne izzove ali poveča bolečine;
- spremlja stanje tudi skozi besedno in nebesedno komunikacijo;

- podpira njegove metode za obravnavo bolečine, kot so: višanje tolerance za bolečino ali za zmanjševanje jakosti že prisotne bolečine;
- je zdravstvena vzgojiteljica za pridobitev kontrole nad bolečino, moči in dostojanstva ter mu pomaga razumeti pojav bolečine, učinkovitost analgetikov, trajanje bolečine in pomen določenih izrazov;
- izvaja ne-farmakološke in farmakološke intervencije in opazuje glavno delovanje in stranske učinke (odzivi).

V timu je v odnosu s sodelavci in je bolnikov:

- zagovornik, s čimer pripomore k boljšemu interdisciplinarnemu pristopu;
- koordinator.

Medicinska sestra se pri obravnavi P/B sooča tudi s svojimi občutki, kot so: negotovost, nemoč in tudi žalost, ker ima občutek, da ne pomaga dovolj učinkovito. Te občutke pri sebi obravnava tako, da oceni ali je njen pristop dejansko celosten ali je naredila vse, kar je v njeni moči in pristojnosti.

Odzivi na pojav bolečine

Tako kot na vsako izkušnjo, se posameznik odziva tudi na bolečinsko izkušnjo na tri načine in sicer fiziološko, besedno in vedenjsko (Reading, 1982; LeResche, 1982 cit. Fordham in Dunn, 1994).

Fiziološki odziv se odraža s spremembo vitalnih znakov (zviša se frekvenca), žile se skrčijo, iz jeter v kri se sprosti glikogen poviša se glukoza v krvi, spremeni se peristaltika, zenice razširijo, koža je bleda in potna, poveča se potreba telesa po kisiku.

Avtonomni živčni sistem vpliva na celotno delovanje organizma in vpliva tudi na bolečinski odziv. Simpatični živčni sistem vpliva na pojav vidnih fizioloških znakov pojava bolečine. Vzdržuje homeostazo in vpliva na pojav obrambnih mehanizmov. Parasimpatični živčni sistem ohranja in tudi obnavlja osnovno delovanje telesa, ko B/V trpi bolečino.

Besedni odziv se izraža s spremembo tona in jakosti glasu, s hitrostjo govora (se poveča ali zmanjša), z uporabo medmetov in uporabo analognih izrazov. Način izražanja je lahko pod vplivom določene kulture. Besedni opis bolečine ni možen pri majhnih otrocih, nezavestnem in afazičnem P/B ali pri tistem, ki govori tuj, nam nerazumljiv jezik.

Vedenjski odziv pomeni tudi nebesedno izražanje, ko se B/V umakne, je brez besed, si drgne ali tišči prizadeti del telesa, spremeni držo telesa, je sključen, spremeni mimiko obraza, pojavijo se spremljajoči simptomi bolečine kot je siljenje na bruhanje, moten vzorec spanja, motnje prehranjevanja, pri predšolskem otroku se spremeni motorika telesa in poslabša toaletni trening. Šolar postane napadalen in izgubi kontrolo

nad svojim vedenjem. Adolescent postane depresiven ali razvije obrambno vedenje.

Do določene mere P/B lahko bolečino tudi prikriva. Vedenjski odziv bolečine je tudi pod vplivom kulture (Reading, 1984 cit. Forham in Dunn, 1994).

Melzack in Casey (1968 cit. Fordham in Dunn, 1994) pa delita odzive na pojav bolečine v štiri sklope, in sicer: senzorno-percepcijske, čustveno-motivacijske, kognitivne in duhovne.

Tab. 1. *Bolnikovo doživljanje in odzivi na pojav bolečine (Melzack in Casey, 1968).*

Senzorno-percepcijski odziv:

lokalizacija bolečine,
obseg,
intenzivnost,
trajanje,
kakovost.

Čustveno-motivacijski odziv se deli na občutke in delovanje.

| | |
|-----------------|------------------|
| Občutki: | Delovanje: |
| tesnoba, | izogibanje, |
| strah, | iskanje pomoči, |
| jeza, | iskanje počitka, |
| žalost, | iskanje samote. |
| depresija, | |
| utrujenost, | |
| izčrpanost, | |
| razdražljivost, | |
| napadalnost. | |

Kognitivni odziv:

obujanje preteklih izkušenj in povezovanje s sedanjim stanjem;
predpostavke o možnih posledicah;
prepoznavna, vrednotenje in interpretacija pojava bolečine.

Duhovni odziv :

B/V se sprašuje o pomenu bolečine in smislu življenja;
do globljega izraza pridejo njegova stališča, vrednote, prepričanje in življenjski nazor; strah pred umiranjem in smrtjo;
občutek osamljenosti in zapuščenosti.

Čustveni odziv prevladuje pri kronični bolečini, senzorno-percepcijski pri akutni bolečini, duhovni predvsem pri kronični bolečini, vrednotenje pa pri akutni, kronični ali rakasti bolečini. MS je sposobna presoditi in razumeti, kako se P/B odziva na bolečino.

Ocenjevanje pojava bolečine in ugotavljanje potreb po zdravstveni negi

Medicinska sestra ocenjuje pojav bolečine skupaj z P/B in za P/B. Pri ocenjevanju pojava bolečine je potrebno vzpostaviti zaupen odnos običajno zelo hitro in pogosto v oteženih okoliščinah. Kakovost odnosa je odvisna od pomoči, ki jo nudi MS in od količine potrebnih informacij o bolečini (dvosmerna komunikacija). MS mora znati P/B poslušati, vzeti problem resno in zmanjšati bolečino ali kakorkoli vplivati na trpljenje.

Pri ponovnem ocenjevanju je potrebno upoštevati, če se pri P/B poslužuje odvracanja bolečine, čas pogovora o bolečini, da ne bi s pogovorom ob nepravem

času vplivala na ponoven pojav bolečine. Za dolžino pogovora o bolečini je potrebno imeti občutek.

Pri pojavu nenadne akutne bolečine je P/B lahko življenjsko ogrožen (akutni koronarni sindrom, kolike itn.), zato je ocena stanja kratka in natančna, intervencije pa takojšne. Bolečino običajno spremlja strah (pred smrtjo, prognozo), na katerega je potrebno vplivati, da se istočasno zmanjša jakost bolečine.

Glede na to, da je doživljanje pojava bolečine subjektivno, jo lahko natančno oceni le P/B, čeprav jo more in mora ocenjevati tudi M/S.

Z ocenjevanjem pojava bolečine v zdravstveni negi MS pride do zaključka o naravi bolečine:

- prepozna bolečino in njen verjeten vzrok,
- prepozna znake in simptome bolečine,
- oceni možne vire za obravnavo,
- ocenjuje jo celovito glede na fizični, psihosocialni in duhovni vidik.

To pomeni, da je nujna razlaga P/B fiziološkega stanja, tega kar pove z besedami, nebesednega izražanja in seveda okoliščin, ki dodatno vplivajo na pojav bolečine.

Pri oceni stanja velja pravilo, da mora MS bolniku verjeti in naj je ne skrbi, da se le-ta mogoče pretvarja. Najslabše pri oceni stanja je, da mu ne verjame, ker s tem zavrača njegovo bolečinsko izkušnjo. Lahko se seveda tudi moti, ko misli, da je pri določeni boleznini bolečina prisotna pa jo P/B ne izraža ali obratno. P/B lahko bolečino prenaša stoično, ker je izražanje bolečine za njega sramota, zato ga mora spoznati. Spoznati mora kakšne predsodke prinaša v terapevtski odnos. Razložiti mu mora, kaj pojav bolečine pomeni, pomaga mu, da razume informacije in mu pove kako lahko ona pomaga.

Pomembno je, da P/B sodeluje, če more in če hoče. Potrebno je doseči *odnos vzajemnosti* ali medsebojne povezanosti. P/B ocenjuje jakost bolečine (skala), svoje občutke, odzive na intervencije, odnos, pri kronični bolečini pa predvsem vpliv na kakovost njegovega življenja in življenjski slog.

Opazovanje (Fordham in Dunn, 1994) je tehnika ali tudi spretnost ter najpomembnejši element ocenjevanja stanja pojava bolečine. Pomeni tudi sposobnost gledati in videti znake (položaj telesa, mimiko obraza, videz kože, gibljivost, vedenje), znati poslušati, slišati in razumeti (vsebino in način govora), tipati in občutiti (krč, zatrdlino) pa tudi vohati (izloček, rana itn.). Vse omenjeno se nanaša na zaznavanje s čutili. Pravilo pri tem je, da MS ne teži k temu, da opazi tisto kar pričakuje oziroma je v skladu z njeno predpostavko, ker jo to lahko zavede. Opazuje lahko od daleč s pomočjo čutil in na načine, ki jih P/B ne prepozna kot opazovanje, saj bi se lahko obnašal drugače, če bi vedel, da ga opazuje. Potrebna je tudi *intuicija* MS.

Na osnovi tega kar MS opazi, postavi sum, ki ga potrdi z meritvami arterijskega krvnega tlaka, utripa in z dodatnim opazovanjem, ki je v določenem primeru potrebno. Fiziološki in vedenjski odzivi potrdijo, da je bolečina prisotna. Ocenjevanje fizioloških odzivov pri P/B je predvsem potrebno pri nezavestnem, afazičnem, pri tistem, ki govori drug jezik ali govori nerazumljivo ter pri dojenčku ali majhnem otroku. Pri zavestnem P/B jih kombinira z vedenjskimi odzivi.

Pri ocenjevanju stanja pojava bolečine in ugotavljanju potreb po ZN so uporabne vprašalnice, s pomočjo katerih MS usmerja ocenjevanje in sicer: kaj, kako kdaj in zakaj. Primerna so vprašanja odprtega tipa. V tem primeru P/B lahko pove, kaj čuti in kako. Z vprašanji zaprtega tipa MS daje vtis dvoma in zasliševanja.

Kaj ocenjevati? Ocenjevati bolečino in dodatne P/B probleme, ki so posredno ali neposredno povezani z bolečino: sprememba spanja, tesnoba, nedejavnost, zaprtje, vpliv na dnevne aktivnosti, znanje o bolečini, zaščitno vedenje, kot je drgnjenje bolečega dela telesa, zaščitni položaj telesa ali drža telesa.

Kako ocenjevati, je odvisno od narave bolečine in potencialnega vzroka bolečine. Vključiti je potrebno opazovanje, merjenje jakosti bolečine s pomočjo obrazca ali bolečinske skale (P/B), pogovor z P/B in tudi s svojci.

Kdaj ocenjevati je odvisno od P/B želje, pojava bolečine, načina obravnave in časa aplikacije analgetikov (pred in po aplikaciji, ko se pričakuje višek delovanja in pri aplikaciji ponovne doze).

Zakaj ocenjevati, pomeni ugotavljanje stanja in tudi sprememb po izvedbi določenih intervencij.

Vsi pripomočki za ocenjevanje bolečine so MS le v pomoč, ker jo usmerjajo, vplivajo tudi na boljšo komunikacijo ne smejo pa jo omejevati pri ocenjevanju bolečine, da bi prezrla tisto kar izraža P/B pa sicer v pripomočku ni omenjeno.

Za ocenjevanje stanja bolečine in ugotavljanje potreb po ZN so se v praksi razvili obrazci, kot so:

- obrazec z izbranimi besedami, s katerimi se izraža ocena kakovosti bolečine, kot je: zelo močna bolečina, močna bolečina, blaga bolečina, brez bolečine. Za vse štiri stopnje se lahko uporabijo posamezne barve, ki jih za oceno uporabi P/B. Obrazec je primeren tudi za otroke.
- obrazec za izris posameznega dela telesa (hrbno, čelno, stransko), kjer je bolečina prisotna. P/B izriše mesto s pomočjo MS in sicer dvodimenzionalno, kar pomeni površinsko in globinsko s pomočjo barv. Ostale značilnosti bolečine napišeta posebej z besedami. Ta način je še posebej uporaben za ocenjevanje pri otrocih. Poleg tega je za ocenjevanje pri otrocih primerna skala z obrazi, kjer je očitna spremenjena mimika obraza – trpeč izraz in solze, po kate-

rem se ocenjuje predvsem akutno bolečino (Raiman, 1986; McCaffery, 1989 cit. Fordaham in Dunn, 1994).

Wong in Baker (1988) ter Melzack (1991) priporočajo štiri sklope besed za opis bolečinske izkušnje: čutnega (senzornega), čustvenega (afektivnega), vrednostnega (evaluativnega) in kombiniranega. V praksi se pogosto uporablja tako imenovana vizualna analogna skala (VAS) v obliki bolečinskega termometra (Harward, 1975), ki ima deset stopenj (0–10) in Bourbonnaisova (1981), ki ima pet stopenj (0–5).

Tab. 2. Bolečinska skala (Bourbonnais, 1981).

| | |
|---|---|
| 0 | brez bolečine; |
| 1 | bolečina prisotna, vendar se jo da prezreti; |
| 2 | bolečina prisotna in se je ne da prezreti, ampak še ne vpliva na ADL; |
| 3 | bolečina prisotna, ne da se je prezreti, vpliva na psihično koncentracijo; |
| 4 | bolečina prisotna, ne da se je prezreti in vpliva na ADL; |
| 5 | bolečina je prisotna, ne da se je prezreti, B/V ima izraženo potrebo po ležanju in počitku. |

Bourbonnaisova skala je uporabna, ko MS želi ugotoviti, kako pojav bolečine vpliva na stopnjo samoskrbe pri posameznih osnovnih življenjskih aktivnostih in pri postavitvi ciljev z načrtovanjem intervencij ZN (skupaj z B/V).

K omenjenim stopnjam bi bilo potrebno *dati 6. stopnjo*, ko je B/B zaradi trpljenja popolnoma odvisen od MS in je pojav bolečine tako močan, da jo je možno zmanjšati le z najmočnejšimi farmakološkimi sredstvi, ki jih predpiše zdravnik.

Ocenjevanje pojava bolečine pri P/B s *kognitivnimi motnjami* je oteženo. Lahko se zgodi, da je slabo obravnavana, ker je P/B ni sposoben opisati. V tem primeru je potrebna intuicija MS in izkušnje v zvezi z obravnavo pojava bolečine.

Ocenjevanje pojava bolečine pri *starostnikih* je oteženo zaradi vidnih in slušnih sprememb, osamljenosti, depresije težav z izražanjem ali zaradi prepričanja, da je bolečina sestavni del procesa staranja, da sta bolečinski prag in toleranca za bolečino višja. V starosti se v določeni kulturi potencira izražanje in interpretacija bolečine.

Pri *otrocih* je ocenjevanje prav tako oteženo, zato je potrebno, da pri razlagi simptomov pomagajo starši. Medicinsko sestro pa pri obravnavi usmerja otrokov jok, besede, mimika obraza, položaj telesa, dotikanje ali drgnjenje bolečega mesta, razdražljivost, sunkoviti in nekontrolirani gibi telesa in nemir. Za ocenjevanje jakosti bolečine je uporabna skala s serijo obrazov od nasmejanega, prestrašenega, do trpečega s solzami, ko MS predvideva, da je bolečina najmočnejša. Pri otroku je potrebno vplivati na strah, predvsem z vključevanjem otroka v intervencije ZN, kot je na primer izbira strani ali mesta za aplikacijo injekcije, čiščenje mesta in izbira mikroporja.

Starši sicer s svojim vedenjem in podporo vplivajo na otrokovo sposobnost za obvladovanje bolečine. Sodelujejo lahko pri razpoznavanju otrokovih izrazov in vedenjskega odziva na bolečino.

Veljavnost ugotovitev, ki so povezane z bolečino, kot so: narava, jakost in pomen, MS potrdi (validacija) skupaj z P/B skozi proces komuniciranja. Ocenjevanje pojava bolečine se praviloma izvrši na začetku pred aplikacijo analgetika, vmes, ko se pričakuje vrh delovanja in na koncu, ko se ovrednotijo vse intervencije.

Celoten proces obravnave bolečine se lahko izrazi z angleško kratico SOAPE, ki pomeni posamezne ključne besede, ki v slovenskem jeziku pomenijo; subjektivno, objektivno, ocenjevanje, načrtovanje, evalvacija (Raiman, 1986 cit. Fordham in Dunn, 1994). Evalvacija pomeni tudi ponovno oceno stanja. Obrazec za dokumentiranje je specifičen – bolečinski in lahko vključuje vsebino omenjenih ključnih besed. Za interpretacijo podatkov MS obvlada večšine, predvsem za razpoznavo fizioloških sprememb in posameznikovega vedenja (nebesedno).

Diagnosticiranje pojava bolečine v zdravstveni negi

Po temeljiti oceni stanja bolečine medicinska sestra postavi negovalno diagnozo. Pojav bolečine je lahko vključen v diagnostično stanje kot simptom, vzrok ali kot problem. Bolečina je lahko vzrok spremembam, ki so povezane z zadovoljevanje potreb pri posameznih življenjskih aktivnostih.

V zvezi z ugotovitvijo in formuliranjem negovalne diagnoze je pomembno omeniti, da spada bolečina po M. Gordon k funkcionalnemu vzorcu številka 6 – kognitivno zaznavni vzorec; po North American Nursing Diagnosis (NANDA), k vzorcu številka 9 – občutki; po D. Orem k preprečevanju tveganja; po V. Saba k spremenjenemu počutju (cit. Sparks in Taylor, 1995); po L. J. Carpenito (1990) pod spremenjeno počutje. Po mednarodni klasifikaciji prakse zdravstvene nege (Zbornica zdravstvene nege Slovenije in ostali, 2000) je za postavitev negovalne diagnoze koristno upoštevati 8 elementov klasifikacijskih osi od A-H, obvezno pa 2 elementa in sicer žarišče zdravstvene nege (bolečina) in ocenjevanje (neznosna) ali verjetnost (nevarnost). Diagnostični opis v stavku: nevarnost pojava neznosne bolečine. K temu opisu se na primer lahko doda za bolečino pri angini pectoris še os imenovana topologija in lokacija (za prsnico) in nosilca (P/B).

Pri postavitvi negovalne diagnoze je pomembno upoštevati razdelitev pojava bolečine, ki jo navajata Sparks in Taylor (1995), ki sta medicinski sestri. Delita jo na bolečino, ki je povezana z/s:

- fizikalnimi, biološkimi ali kemičnimi povzročitelji,

- psihološkimi dejavniki,
- in na kronično bolečino, ki je povezana s fizičnimi težavami.

Postavitev ciljev in načrtovanje intervencij

Posameznik/bolnik, ki trpi bolečino ima pravico:

- da je njegova izjava o pojavu bolečine sprejeta;
- do strokovne obravnave ne glede na vzrok in jakost bolečine;
- do spoštljive obravnave, brez obsojanja ali očitka, da gre pri njem za zlorabo analgetikov (razvada);
- da je brez bolečine ali, da se ta zmanjša na minimum (The Iowa Cancer Pain Relief Initiative and Cancer Care, 1993 cit. McCaffery in Pasero, 1999; Fordham in Dunn, 1994).

Pri postavitvi ciljev je potrebno izhajati iz omenjenih P/B pravic v zvezi s pojavom bolečine.

Cilji se postavljajo z *bolnikom* in za *bolnika!*

Medicinska sestra spoštuje P/B *avtonomijo* in pravico do odločanja. Le v izjemnem primeru ni vključen v odločanje, čeprav se MS obvezno tudi v tem primeru odloča v njegovo korist. Pokroviteljski odnos do P/B ima sicer dolgo zgodovino, je odsev stanja družbe in naj ne bi bil več praksa v ZN, če je njegovo stanje zavesti nespremenjeno.

Na osnovi zdravnikove odločitve je potrebno preprečiti ali odpraviti *nekoristno bolečino*. Nekoristno pa je zabrisati znake in simptome bolečine, ki so opozorilni znak ali indikator stanja zdravja – *koristna bolečina*.

Cilji obravnave pojava bolečine morajo biti dosegljivi. Priporočajo se tako imenovani progresivni cilji, ki se navezujejo na posamezne aktivnosti, ki jih bo P/B izvedel in na določen čas, kar velja predvsem za nekoristno bolečino. Cilji temeljijo na osnovi ocene pojava bolečine, v povezavi z življenjskimi aktivnostmi, diagnostiko, življenjskim slogom in izboljšanjem funkcije ter s sposobnostjo P/B, da se v določenem primeru sooča z bolečino.

Primeri negovalnih ciljev:

- P/B bo brez bolečine ponoči,
- P/B bo brez bolečine pri počitku,
- P/B bo brez bolečine pri gibanju (v postelji ali pri hoji).

Primerna formulacija negovalnih ciljev je tudi:

- P/B bo zaznaval zmanjšanje bolečine, kar bo razvidno iz njegovega besednega opisa, mimike obraza, položaja telesa, povečanega sodelovanja pri aktivnostih in s stabilnimi vitalnimi znaki;
- P/B bo izražal dobro počutje;
- P/B bo izvedel potrebne aktivnosti za zmanjšanje ali odpravo bolečine.

Intervencije zdravstvene nege pri bolečini, ki je fiziološkega, biološkega ali kemičnega izvora

Cibic in sod. (1999) definirajo intervencije ZN kot dejavnosti (aktivnosti) izvajalcev ZN (postopki ZN, diagnostično-terapevtski posegi) za realizacijo načrta ZN in doseganje ciljev.

Intervencije ZN v primeru pojava bolečine (Sparks in Taylor, 1995):

- zagotovitev udobja z ustreznim položajem P/B v postelji – s tem se zmanjša mišična napetost, pritisk se prenese in porazdeli na druge dele telesa;
- zapolnitev P/B in odvrčanje od bolečine;
- zagotovitev informacij – pojasnil in sploh možnost pogovora z P/B, zaradi česar se povečuje bolečinska toleranca;
- zagotovitev mirnega okolja in počitka, kar vpliva na boljše počutje in povečevanje moči za obvladovanje bolečine;
- aplikacija toplote ali ledu po naročilu zdravnika za zmanjšanje bolečine;
- sodelovanje z zdravnikom in aplikacija predpisane bolečinske terapije po predpisu, če omenjene alternativne metode in intervencije ZN niso učinkovite.

Intervencije zdravstvene nege pri bolečini, ki je psihičnega izvora

- Začetna ocena stanja znakov in simptomov;
- vključiti P/B k postavitvi ciljev in izdelavi načrta za kontrolo bolečine;
- 30 minut po aplikaciji zdravila ponovna ocena stanja, kar okrepi zaupanje in pripomore k učinkovitejšemu terapevtskemu odnosu;
- pogovor z P/B o stresorjih, ki so povzročili bolečino prav v času poslabšanja, kar pripomore, da začne sam raziskovati čustvene in okoljske dejavnike, ki pripomorejo k pojavu bolečine;
- pri dosegu ciljev dati pozitivno povratno informacijo, kar ugodno vpliva na P/B motivacijo in povečevanje sodelovanja;
- v vsaki izmeni posvetiti čas pogovoru z P/B in dopustiti, da izraža svoje občutke, kar pripomore k občutku samokontrole;
- zaposliti P/B z aktivnostmi, ki pripomorejo k odvrčanju od misli na bolečino.

Evalvacija

Povezana je z vsemi cilji in je tudi povratna informacija ali so bile vse intervencije, ki so bile načrtovane in izvedene, učinkovite. Evalvacija se določi pogosto, velikokrat celo po vsaki dozi oziroma aplikaciji analgetika, še posebej pa v primeru zamenjave analgetika. V primeru ustaljenega načrta farmakološke obravnave in P/B stabilnega psihičnega stanja je lahko evalvacija manj pogosta. Evalvirajo se tudi pojavi, ki spremljajo bolečino. Tudi v tej fazi je P/B vključen.

Obravnava ali vodenje bolečine

Medicinska sestra je pomemben član skupine ali tima (zdravstvenega), ki obravnava P/B, ki trpi bolečino. Je v soodvisnosti. Posluhuje se izkušenj, ki jih imajo drugi člani tima in tudi poroča timu svoje izkušnje ali celo predstavi tekoče probleme, ki zahtevajo popravek načrta za obravnavo. Pomembno je, da tim dela uglašeno. Skupne točke tima za obravnavo P/B, ki trpi akutno ali kronično bolečino, so:

- skupni cilji,
- enoten jezik in uporaba istih besed pred P/B (osnova so lahko izrazi, ki so vključeni v ocenjevalnih skalah),
- enotna doktrina,
- prenos informacij in redni timski sestanki (McCaffery in Pasero, 1999).

Zdravstvena nega P/B, ki trpi bolečino vključuje dve vrsti veččin, ki jih MS potrebuje za obravnavo pojava bolečine, in sicer:

- veččino vodenja: vodenje P/B, ki trpi bolečino, vodenje osebja in odnosov (P/B, svojci, prijatelji) ter ureditev okolja (delo, dom, prosti čas, bolnišnično okolje);
- veččine za farmakološko in nefarmakološko obravnavo, vključno z zdravstveno vzgojo in s svetovanjem (pojav bolečine ima več razsežnosti, ki jih je pri P/B najprej potrebno prepoznati). V obratnem primeru se obravnava bolečine nanaša zgolj na fizični vidik).

Dokumentiranje

Dokumentiranje obravnave pojava bolečine pri P/B je koristno za vse člane tima ZN. Standardizirana dokumentacija predstavlja osnovo za razpravo ustreznosti intervencij ZN in je tudi vir za ostale sodelavce, s katerimi je MS v soodvisnosti, kakor tudi za P/B in svojce (Tab. 3).

Sklep

Medicinska sestra, ki deluje v timu, je soodgovorna za počutje P/B, ki ga pojav bolečine lahko bistveno spremeni. Vsak P/B je edinstvena oseba, zato se obravnava pojava bolečine sprti prilagaja njegovim specifičnim potrebam. Vsaka sprememba pri njem je za MS izziv, da se odzove fleksibilno in kreativno. Nujno potrebni so: spretnost opazovanja in ocenjevanja B/V stanja, natančnega kliničnega presojanja in spretnost učinkovitega komuniciranja z P/B. Učinkovita komunikacija je pričakovana tudi s sodelavci, ki so neposredno vključeni v obravnavo pojava bolečine; prav tako z osebami, ki so P/B pomembne. Pojav bolečine, kot moteči dejavnik MS upošteva tudi pri izvajanju vseh drugih dejavnosti za zadovoljevanje P/B

Tab. 3. Primer dokumentacije za obravnavo pojava bolečine v zdravstveni negi (prirejeno po Taylor in sod., 2001).

Prisotnost fizičnih, bioloških ali kemičnih povzročiteljev, kot vzroka bolečine.

Deskriptivne karakteristike – P/B opis bolečine:

- lokalizacija bolečine (mesto se lahko izriše na obrazcu za izris bolečine),
- jakost izražena z oceno od 0–10 po VAS-a skali;
- kvaliteta;
- kaj vpliva na zmanjšanje bolečine, čas, trajanje, spreminjanje, ritem (krivulja);
- kaj povzroča bolečino ali jo poslabša,
- fiziološki pokazatelji bolečine.

Psihološke spremenljivke:

- znanje o bolečini (informiranost), način izražanja bolečine in vedenjski odziv;
- prejšnje bolnikove izkušnje z bolečino;

Sociokulturne spremenljivke:

- način razmišljanja;
- kultura in etničnost;
- stališča in vrednote.

Spremenljivke, ki izhajajo iz okolja:

- kraj, vremenski pojav, temperatura, ropot, svetloba, ležišče in ostala oprema.

Posledice bolečine na življenjske aktivnosti in življenjski slog.

Pripombe P/B in njegova pričakovanja.

Načrt intervencij z določenim ciljem.

Evalvacija intervencij.

potreb, bodisi z njim ali tudi za njega. 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 P/B, ki ji je zaupan v strokovno obravnavo.

Pri pojavu bolečine, ki se ga ne da odpraviti pa P/B naj ne bo niti fizično niti psihosocialno zapuščen ali izoliran.

Biti z P/B, ki trpi bolečino, pomeni učiti se od njega kaj mu bolečina pomeni, kakšen je njegov cilj, kakšne intervencije so za njega sprejemljive in koristne, izmenjavati si informacije in uporabiti potrebne veščine.

Literatura

1. Bourbonnais F. Pain assessment: development of a tool for the nurse and the patient. *Journal of advanced nursing* 1981; 6: 277–82.
2. Carpenito LJ. *Nursing diagnosis. Application to clinical practice*. Philadelphia: J.B., Lippincott Company; 1990.
3. Cibic D, Filej B, Grbec V. Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi. Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1999: 22.
4. Craven FR, Hirnle CJ. *Fundamentals of nursing. Human health and function*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1992: 1160–89.
5. Fordham M, Dunn V. *Alongside the person in pain*. London, Philadelphia, Toronto, Sydney, Tokyo: Bailliere Tindall, 1994.
6. Kinghorn S, Gamlin R. *Palliative nursing. Bringing comfort and hope*. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto: Bailliere Tindall, 2001.
7. McCaffery M, Pasero C. *Pain. Clinical manual*. St. Louis, Missouri: Mosby, 1999.
8. Ščavničar E. Ocenjevanje pojava bolečine v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 1997; 31: 223–32.
9. Taylor C, Lillis C, LeMone P. *Comfort. V: Fundamentals of nursing. The art and science of nursing care*. Philadelphia, New York, Baltimore: Lippincott Company, 2001: 1037–77.
10. Wall PD, Jones M. *Defeating pain*. New York: Plenum, 1991.
11. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego. Mednarodna klasifikacija zdravstvene nege. (prevajalka Cibic D in sod.) Maribor: Kolaborativni center za primarno zdravstveno nego, 2000.