

---

# ZDRAVSTVENEGA NEGA ONKOLOŠKEGA BOLNIKA, KI IMA BOLEČINO

Mira Logonder

## UVOD

Bolečina je za vsakogar vedno nekaj neprijetnega in motečega. Za bolnika z maligno boleznijo velja to še toliko bolj. Bolniki in tudi njihovi svojci pogosto enačijo bolečino z diagnozo rak in se bojijo napredovajoča bolezn.

Nepravilen pristop osebja do bolnika, nerazumevanje njegovih problemov in neustrezno lajšanje bolečin izzovejo tako pri bolnikih kot tudi pri njihovih svojcih jezo in nezadovoljstvo. Posledica tega je nezaupanje do zdravstvenih delavcev, s tem pa je ogrožena uspešnost zdravljenja.

Danes še vedno veliko ljudi po nepotrebnem trpi bolečino, čeprav si strokovnjaki z različnih področij prizadevajo rešiti ta problem.

Vzrok je predvsem v :

- nepoznavanju kompleksnosti bolečine,
- nepoznavanju novih metod in načinov zdravljenja,
- nerazumevanju bolnikov,
- strahu bolnikov, svojcev in tudi zdravstvenih delavcev pred odvisnostjo od zdravil
- pomanjkanje ustreznih zdravil in materialov pa v zdajšnjih razmerah ne bi smelo več povzročati težav.

Na bolečino naletimo pri onkoloških bolnikih na vseh stopnjah bolezni. Manjša ko je možnost specifičnega zdravljenja bolezni, večja je možnost, da se bo pojavila bolečina. Bolečina je najpogosteje kronična in traja dlje časa. Bolniki so največkrat prestrašeni, psihično in fizično izčrpani, brezbrizni, depresivni, brez volje do življenja. Nekateri bolniki postanejo nasilni, druge muči občutek osamljenosti in odvečnosti.

---

## VLOGA MEDICINSKE SESTRE

Pomembno vlogo pri preprečevanju in lajšanju bolečine ima tudi medicinska sestra (MS). Pri svojem delu z bolnikom prihaja večkrat kot kdor koli drug v stik z bolečino, zato prva spozna in oceni bolnikovo stanje. MS mora pri svojem delu bolniku dati čutiti, da mu verjame, ga razume in mu želi pomagati. S svojim odnosom do bolnika mora doseči njegovo zaupanje in mu vrniti upanje.

Cilj njenega delovanja je **doseči, da bolnik ne bo trpel zaradi hudih bolečin.**

Da bo MS lahko bolniku kar najbolje pomagala, mora biti poučena o naslednjih stvareh:

- kaj je bolečina,
- kakšen je bolnikov odziv nanjo,
- kakšna je njena vloga,
- poznati mora vrste in načine zdravljenja.

MS deluje:

- samostojno (ocenjevanje bolečine in reakcije bolnika ter njegove družine nanjo, ocenjevanje bolnikovega stanja ter dajanje ustrezne pomoči pri izvajanju aktivnosti, ki jih bolnik sam ne zna, ne sme ali ne more izvesti ),
- sodeluje pri uresničevanju medicinsko - tehničnega načrta, ki ga vodi zdravnik,
- kot enakovreden član širšega zdravstvenega tima sodeluje pri načrtovanju, izvajanju in vrednotenju celotne zdravstvene oskrbe bolnika.

**MS opravlja svoje delo po Procesu zdravstvene nege;** bolnika obravnava kot enkratno in celotno osebnost. Poleg teoretičnega znanja mora imeti še sposobnost zaznavanja in razmišljanja, čut odgovornosti ter sposobnost komuniciranja.

---

---

## BOLEČINA

Bolečina je kompleksen pojav in jo zato, ker ni vidna in oprijemljiva, težko opredelimo.

Glede na trajanje ločimo :

- akutno in
- kronično bolečino,

glede na vzrok pa :

- somatsko,
- visceralno in
- deafferentno ali nevropatsko.

Bolečina je posledica:

- razraščanja rakastega tkiva v okolico ali v oddaljeno zdravo tkivo ali pa je
- posledica zdravljenja.

Za pravilno razumevanje bolečine moramo poznati tudi dejavnike, ki vplivajo na bolečino. To so dražljaji, zaznavanje in reakcija na bolečino.

Pri ocenjevanju stanja bolečine moramo upoštevati:

- bolnikovo individualno izražanje bolečine,
- toleranco in tudi
- subjektiven odnos MS do bolečine.

Znaki popuščanja bolečine so:

- bolnik izrazi olajšanje
- sprostitvev izraza obraza in položaja telesa
- povečanje bolnikovega sodelovanja pri raznih aktivnostih, kar je seveda odvisno tudi od stanja bolezni,
- povečano zaupanje v zdravljenje,
- stabilni vitalni znaki.

---

## 1. Ugotavljanje potreb in ocenjevanje bolnikovega doživljanja bolečine ter postavitev negovalne diagnoze

Vse zbrane podatke mora MS jasno in razumljivo dokumentirati.

Ti podatki obsegajo :

- besedni opis bolečine,
- številčno oznako intenzivnosti bolečine,
- neverbalne znake,
- dejavniki, ki bolečino povečajo ali blažijo,
- aktivnost bolnika,
- terapevtske posege in
- poučenost bolnikov in svojcev.

### **Naloge medicinske sestre so:**

- ugotoviti kako se bolnik odziva na bolečino (občutenje in odzivnost sta subjektivna in odvisna od že pridobljenih izkušenj, psihofizičnih in emocionalnih lastnosti, ekonomskih in družinskih razmer ter kulturnega in družbenega okolja).
- ugotoviti odziv svojcev,
- ugotoviti poučenost bolnikov in svojcev o bolezni in zdravljenju,
- ugotoviti pripravljenost svojcev in prijateljev za pomoč pri oskrbi bolnika,
- prepoznati verbalne in neverbalne znake bolečine,
- oceniti bolnikovo zaznavo bolečine glede na mesto bolečine, intenzivnost, čas trajanja in kakovost.

Za objektivizacijo podatkov uporabljamo različne vrednostne lestvice za ocenjevanje bolečine, kot so:

- vizualna analogna vrednostna lestvica ( VAS)
- besedna ( VRS )
- številčna ( NRS )

Podatke zberemo na osnovi sestrške anamneze, ocene psihofizičnega stanja in vprašalnika o oceni bolečin.

---

**Splošno negovalno diagnozo (ND)**, ki jo ugotovimo poimenujemo kot **spremembo udobja bolnika zaradi bolečine**. Postavljena je na osnovi ugotovljenih potreb in je soodvisna od medicinske diagnoze.

ND se spreminja odvisno od vzroka bolečine, načrta lajšanja le te in glede na bolnikovo kondicijo. Najpogostejše ND so:

Akutna bolečina zaradi:

- diagnostičnih postopkov,
- kirurških posegov,
- somatotoksičnega delovanja kemoterapevtikov,
- sprememb kože po radioterapiji.

Kronična bolečina:

- somatskega,
- visceralnega ali
- nevropatskega izvora.

Zaprtje kot posledica:

- jemanja opioidov,
- jemanja tricikličnih antidepressivov.
- slabost zaradi kronične bolečine,
- motnje spanja zaradi kronične bolečine

## **2. Izdelava načrta zdravstvene nege**

Načrt zdravstvene nege obsega aktivnosti, ki jih MS izvajajo pri posameznem bolniku, da bi odpravile obstoječe in tudi potencialne probleme.

Kompleksnost bolečine pri onkološkem bolniku zahteva izdelavo sistematičnega načrta zdravstvene nege, ki upošteva bolnikove sposobnosti in zmožnosti.

---

### 3. Aktivnosti medicinske sestre po načrtu zdravstvene nege

- razumevanje občutkov tesnobe in strahu (pogovor, učenje),
- MS izvaja nefarmakološke metode zdravljenja, ki zmanjšujejo bolečino, ali pa pri teh dejavnostih pomaga (pogovori, spremembe položaja, zaposlitvena terapija, sprostitvene tehnike, kožne stimulacije - TENS, masaže, tople ali hladne obloge),
- dajanje predpisanih zdravil,
- ugotavljanje analgetičnega učinka dane terapije, stranskih učinkov in bolnikovega odziva,
- merjenje bolečine,
- ukrepanje, če se pojavijo zapleti,
- sodelovanje pri izvajanju medicinsko-tehničnih posegov,
- povezovanje in usklajevanje postopkov,
- poučevanje bolnikov, svojcev in zdravstvenih delavcev o novih tehnikah in pripomočkih za lajšanje bolečin.

### 4. Ocena uspešnosti dela

Narava bolezní onemogoča objektivno ocenjevanje. Ocena pravilnega načrtovanja in uspešnosti našega dela se pokaže v bolnikovem počutju.

Kazalci uspešnosti so:

- z lajšanjem bolečin smo ohranili bolnikovo zavest in dostojanstvo,
- bolečina je nadzorovana do meje znosnosti,
- bolnik ima urejeno prebavo
- pri bolniku niso navzoči stranski pojavi, ki so posledica protibolečinske terapije,
- pri bolniku so opravljene rutinske nefarmakološke metode.

## METODE ZDRAVLJENJA BOLEČINE

MS izvaja protibolečinsko terapijo, ki jo predpiše zdravnik, ali pa pri tem sodeluje. Zaradi pravilnega izvajanja moramo biti seznanjeni z metodami zdravljenja in načini njihovega izvajanja.

---

Možnosti zdravljenja bolečine so:

1. sistemsko medikamentozno zdravljenje
2. regionalne blokade
3. spinalna analgezija po epiduralnem ali subarahnoidalnem katetru
4. druge metode (nevrostimulacije, akupunktura)

Najpogostejše je sistemsko medikamentozno zdravljenje

## **ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA, KI GA ZDRAVIMO MEDIKAMENTOZNO**

Bolniku moramo:

- omogočiti zadostno lajšanje oz. preprečevanje bolečin,
- preprečiti nepravilnosti in neprijetnosti v zvezi z dajanjem zdravil,
- zagotoviti izvajanje predpisanega zdravljenja v primeru trenutnega poslabšanja
- zagotoviti izvajanje predpisanega medikamentoznega zdravljenja tako v bolnišnici kot doma,

Bolnik lahko prejme zdravilo na več načinov:

- per oralno,
- sublingvalno,
- rektalno,
- subkutano v bolusu ali kontinuirano v obliki infuzij prek črpalk,
- intramuskularno ali
- intravenozno v obliki injekcije ali kontinuirane protibolečinske infuzije

Zdravilo mora biti dano v rednih presledkih, pravočasno v pravih odmerkih glede na potrebe posameznega bolnika in glede na biotransformacijo zdravila.

Bolnika moramo skrbno opazovati, zato da bi ugotovili:

- učinkovitost danih zdravil,
- stranske pojave (pomanjkanje teka, slabost, bruhanje, vrtoglavica, zaspanost, zaprtje idr.)
- pojave, ki niso posledica dane terapije.

---

Vso dano terapijo in naša opažanja moramo strokovno evidentirati.

Bolniki in svojci morajo biti seznanjeni z vrstami zdravil, s stranskimi pojavi, z načini naročanja in jemanja zdravil, poučeni pa morajo biti tudi o tem, kako pravilno ukrepati ob trenutnih poslabšanjih bolezni.

## **SPINALNA ANALGEZIJA PO EPIDURALNEM ALI SUBARAHNOIDALNEM KATETRU (EDK ALI SAK)**

Metodo dovajanja zdravila prek omenjenih katetrov uporabimo v primeru, ko druge metode več ne zadoščajo ali niso izvedljive.

S to metodo dosežemo:

- dober analgetični učinek z minimalnimi količinami analgetika v rednih intervalih,
- bolniku omogočimo, da prejema ustrezno terapijo doma,
- bolniku je zagotovljeno večje udobje in povečana je njegova aktivnost,
- večje zaupanje bolnika in pozitiven odnos do zdravljenja, razmišljanje
- dolgotrajno analgezijo.

Aktivnosti medicinske sestre pri doseganju tega cilja so:

- pravilna oskrba katetra glede na vrsto in način vstavitve,
- pravilna priprava zdravilne mešanice,
- pravilna aplikacija glede na vrsto in način vstavitve,
- prepoznavanje zapletov,
- hitro in pravilno ukrepanje ob zapletih.

### **Oskrba katetrov**

Z dobro oskrbo dosežemo:

- da kateter ne bo izpadel,
- da bo kateter čim dlje uporaben,
- da pri bolniku ne bo prišlo do okužbe.

Oskrba je odvisna od načina vstavitve in vrste katetra – pomembno je, ali ima bolnik vstavljen epiduralni ali subarahnoidalni kateter.

---



---

## Oskrba delno tuneliranega katetra

EDK je uveden v epiduralni prostor. Po vstavitvi se del katetra s pomočjo posebne igle spelje podkožno. Na mestu izhoda iz kože je kateter s šivom pritrjen na kožo.

Navodila za oskrbo:

- odstranitev šivov na mestu vstavitve katetra 7-10 dan po vstavitvi,
- šiv, ki pritrjen na kateter ostane,
- prevez izhodnega mesta katetra iz kože prvi dan po vstavitvi, nato 1x tedensko, po potrebi večkrat (vnetje, težave pri aplikaciji),
- menjava bakterijskega filtra na 3-4 tedne oz. po potrebi (v primeru one-steriljenja, poškodbe filtra, težav pri vbrizgavanju...),
- prebrizgavanje katetra s sterilno fiziološko raztopino (1-2 ml), če pride do težav pri aplikaciji, v primeru manj pogostih aplikacij ali po prekinitvah aplikacij za 3-4 dni ali ob nevarnosti infekta (bolečina ob aplikaciji)

## Oskrba katetra, vezanega na ACCESS PORT (AP)

Ta način uporabljamo vse manj zaradi zahtevnosti posega, visokih stroškov in predvsem zaradi uporabe boljših materialov za oskrbo pri delno tuneliranih katetrih.

V tem primeru je kateter v celoti speljan podkožno in vezan na AP v podkožnem žepu na zgornji ali spodnji strani prsnega koša. Oskrba je preprosta, drugi do tretji dan po vstavitvi odstranimo sukucijo RW. Šive na mestu vstavitve kapsule in na mestu spoja katetra s kapsulo odstranimo po 7-10 dneh.

## Oskrba SAK

SAK je vstavljen neposredno v likvor v subarahnoidalnem prostoru. Kateter je delno tuneliran, vendar na izhodu katetra iz podkožja ni šivan, ker je izredno tanek. Šivan je le v primeru, ko ima bolnik vstavljen debelejši kateter. Incidirano mesto je šivano in šive odstranimo 7-10 dan. Kateter je dobro pritrjen s kakovostno prozorno folijo, ki prepreči vnos infekta obenem pa omogoča pregled mesta izhoda katetra iz kože. Preveze izvajamo 1x na teden, če situacija ne zahteva drugače. Preveze izvajamo v ambulanti zaradi nevarnosti izpada in poškodovanja katetra hkrati menjamo in nast-

---

vimo nove večdnevne infuzije za kontinuirano dovajanje zdravil. Bakterijski filter menjamo ob vsaki nastavitvi nove zdravilne mešanice.

### **Dovajanje zdravil po katetru**

Način dovajanja se razlikuje glede na način vstavitve katetra. Vedno pa moramo paziti na sterilnost. Zdravilo lahko vbrizgavamo v bolusu ali pa kontinuirano prek različnih črpalk.

#### Dovajanje zdravil v delno tuneliran EDK

Pripravljeno tekočino počasi vbrizgamo prek bakterijskega filtra, ki je s posebnim stičiščem (konektom) povezan s katetrom. Po aplikaciji filter zamašimo s sterilnim zamaškom in kateter oskrbimo.

#### Dovajanje zdravil v AP

Pripravljeno tekočino vbrizgamo preko kože v valvulo. Uporabljamo posebno iglo, ki jo zabodemo navpično preko kože in membrane do dna kapsule. Mesto vboda spreminjamo. Vbrizgavamo počasi.

AP občasno prebrizgamo z 2-3 ml sterilne fiziološke raztopine.

#### Dovajanje zdravil v SAK

Pri pripravi zdravila in aplikaciji še posebno pazimo na sterilnost. Bolusne aplikacije izvajamo le takoj po vstavitvi, da ugotovimo učinkovito dozo, nato preidemo na kontinuirano apliciranje zdravil preko 5 ali 7 dnevne elastomerske črpalke s pretokom 0,5 ml na uro. Vsako polnjenje elastomera poteka prek bakterijskega filtra. Ob vsaki menjavi elastomera zamenjamo tudi filter na stičišču katetra. Iz katetra pred bolusno aplikacijo ali pred nastavitvijo nove črpalke obvezno aspiriramo likvor z 1 ml brizgalko, da se prepričamo o pravilni legi katetra.

### **Priprava zdravila**

Prve dni, dokler ne ugotovimo, kakšna zdravilna mešanica je za bolnika najbolj učinkovita, pripravljamo zdravilo sproti. Pri tem pazimo na sterilnost postopka in pravilno doziranje posameznih sredstev. Ko določimo najbolj

---

optimalno mešanico, v lekarni pripravijo tekočino v večjih količinah. Paziti moramo, da tekočina ni starejša od 3 tednov.

Zdravila pripravljajo v lekarni Onkološkega inštituta ali v področnih bolnišnicah. Tekočina naj bo shranjena v hladilniku. MS vsak dan pripravljajo tekočino v brizgalke. Brizgalka za naslednjo aplikacijo lahko ostane na sobni temperaturi (vsaj 1 uro pred aplikacijo). Zdravilo si vbrizgajo bolniki sami ali pa njihovi svojci. Bolniki in svojci so o tem poučeni pred odhodom iz bolnišnice. Če si zdravilo vbrizgavajo sami, je sprva potreben nadzor MS. Če aplikacij niso sposobni izvajati sami, opravijo to zdravstveni delavci.

Kadar je pri bolniku potrebno kontinuirano dovajanje zdravil prek črpalk, rezervoarje za zdravilne mešanice polnimo na OI oz. tam, kjer je bil kateter vstavljen. Če imajo bolniki za kontinuirano dovajanje zdravil črpalko z brizgalkami, tekočino pripravijo na OI, v brizgalke jo pripravijo MS, menjavo brizgalke ob predpisanem času pa izvedejo svojci ali pa bolnik sam. Postopka se naučijo pod nadzorom medicinske sestre še pred odpustom iz bolnišnice.

## **Zapleti pri EDK**

Prepoznavanje zapletov in pravilno ukrepanje, če se le-tipojavijo, je pomembna naloga MS.

Za to je potrebno:

- poznavanje zapletov,
- opazovanje bolnika 20 do 30 min po aplikaciji,
- pogovor z bolnikom o trajanju delovanja zdravila, neprijetnostih po vbrizganju zdravila (srbenje, slabost, mravljinčavost ...),
- vsakodnevna kontrola katetra oz. ob aplikaciji (zamakanje, težave pri vbrizgavanju).

Stranski učinki zaradi danega zdravila so:

- zaprtje,
- zaspanost, zmedenost,
- glavobol, srbečica, bruhanje,
- zastoj urina prve dni po vstavitvi EDK,

- okužbe,
- iatrogeni Chusingov sindrom,
- depresija dihanja,
- ohromelost nog 15-20 min po vbrizganju zdravila v EDK zaradi duralne fistule

### Tehnične težave pri aplikacijah:

ZAPLETI	MOGOČI VZROKI	UKREPI
aplikacija ni izvedljiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zamašen kateter</li> <li>- stisnjen kateter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- odlepi kateter</li> <li>- spremeni položaj bolnika</li> <li>- prebrizgaj kateter z 1-2 ml sterilne fiziološke raztopine</li> <li>- kateter sterilno izvleci za 1-2 mm</li> </ul>
bolečine ob aplikaciji	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pritisk katetra ali moč curka zdravila</li> <li>- infekt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- apliciraj počasi</li> <li>- spremeni položaj bolnika</li> <li>- kateter sterilno izvleci za 1-2 mm</li> <li>- prenehaj z aplikacijami za 3-4 dni, če ni naročena odstranitev katetra</li> <li>- antibiotična zaščita po naročilu zdravnika</li> <li>- bolnik dobi rešilni odmerek predpisanega analgetika per os ali v drugi obliki</li> <li>- po ev. premoru kateter prebrizgati s sterilno fiziološko raztopino – če ni bolečin, znova nadaljujemo z aplikacijami zdravila</li> <li>- če moramo kateter odstraniti, konico katetra sterilno odrežemo in pošljemo na mikrobiološko preiskavo</li> </ul>
zamakanje tekočine ob izhodnem mestu katetra iz kože	<ul style="list-style-type: none"> <li>- izpad katetra iz epiduralnega prostora</li> <li>- ev. poškodba katetra med vstavitvijo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- terapija ni učinkovita</li> <li>- prenehaj z aplikacijami</li> <li>- bolnik naj dobi rešilni odmerek analgetika v drugi obliki</li> </ul>
stalno zamakanje likvorja ob katetru		<ul style="list-style-type: none"> <li>- izvedi test dextrostix</li> <li>- kateter odstrani</li> <li>- rešilni odmerek analgetika</li> </ul>
Ohromelost nog 15-20 min po aplikaciji zdravila	<ul style="list-style-type: none"> <li>- duralna fistula</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bolniku takoj dvigniti vzglavje (sedi v postelji)</li> <li>- opazuj vitalne funkcije, prenehaj nadaljnje apliciranje</li> <li>- obvesti zdravnika in se posvetuj o spremembi načina zdravljenja</li> </ul>

---

## ZAKLJUČEK

Zdravstvena nega bolnika z bolečinami je izredno pomembna. Medicinske sestre kot članice zdravstvenega tima lahko ogromno naredimo za bolnika. S svojim delom in pristopom pomagamo bolnikom, pri katerih gre večinoma za napredovalo bolezen, premagovati strah in tesnobo pred neizbežnim. Bolniku moramo dati čutiti in vedeti, da mu bomo do konca stali ob strani z vsem svojim znanjem in hotenjem.

V današnjem času poznamo več načinov zdravljenja, novih tehničnih priprav in pripomočkov, ki lahko bolnikom močno olajšajo trpljenje, vendar pa vse to ne bo uspešno, če ne bomo ravnali predvsem kot ljudje, ki bomo s svojim odnosom do bolnika, pri bolniku in njegovih domačih vzbudili upanje in zaupanje.

### **Literatura:**

1. Hauck S. Pain: problem for the person with cancer. *Cancer Nurs* 1986; 9:66-76.
2. Logonder M. Vloga MS pri zdravljenju bolečine pri onkoloških bolnikih. In: *Zdravljenje bolečine. Zbornik predavanj. 32. strokovni seminar, Bled. Ljubana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1995.*
3. Abrahm JL. Promoting symptom control in palliative care. *Semin Oncol Nurs* 1998; 14: 95-109.
4. Paice JA. Pain control: new delivery systems in pain management. *Nurs Clin N Amer* 1987; 22: 715-26.
5. Dunlop R. *Cancer: palliative care. London: Springer, 1998: 13-32.*
6. Soafer B. *Pain: a handbook for nurses. London: Chapman Hall, 1992.*
7. Logonder M. Zdravstvena nega onkološkega bolnika, ki ima bolečine. In: *Velepich M, Bostič-Pavlovič J, eds. Priručnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije za višje medicinske sestre. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1997: 208-17.*
8. Miaskowski C. Pain management: somatic, visceral, and neuropathic. In: *Chernecky CC, Berger BJ, eds. Advances and critical care oncology nursing: managing primary complications. Philadelphia: Saunders, 1998: 476-89.*
9. Librach SL. *The pain manual: principles and issues in cancer pain management. 2nd ed. Montreal: Pegasus Healthcare, 1998.*