
ZDRAVSTVENA NEGA ONKOLOŠKEGA BOLNIKA, KI IMA BOLEČINE

Mira Logonder

Bolečina je vedno nekaj neprijetnega in motečega. Za bolnika z maligno boleznijo velja to še toliko bolj. Bolniki, pa tudi njih svojci pogosto enačijo bolečino z diagnozo rak in se bojijo, da je bolečina znamenje napredovanja bolezni.

Nepravilen odnos osebja do bolnika, nerazumevanje njegovih problemov in neustrezno lajšanje bolečin izzovejo pri bolnikih kot tudi njihovih svojcih jezo. 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 razilčnih 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,
- * nedostopnosti ustreznih zdravil.

Na bolečino naletimo pri onkoloških bolnikih v vseh fazah bolezni. Manjša ko je možnost specifičnega zdravljenja bolezni, večja je možnost prisotnosti bolečine. 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, drugi imajo občutek osameljenosti in odvečnosti.

Pomembna vloga pri preprečevanju in lajšanju bolečine ima tudi medicinska sestra (MS). Pri svojem delu z bolnikom prihaja večkrat kot kdorkoli drug v stik z bolečino in 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.**

Znaki oslabiljene bolečine so:

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

Da bo MS lahko kar najbolje pomagala, mora biti poučena o tem,

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

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

Bolečino ločimo glede na trajanje v:

- akutno in
- kronično,

glede na vzrok pa v:

- somatsko,
- visceralno in
- deaferentno ali nevropatsko.

Bolečina je posledica:

- rašče inorodnega 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 medicinske sestre do bolečine.
-

MS deluje:

- samostojno (ocenjevanje bolečine in reakcije bolnika in njegove družine nanjo, ocenjevanje bolnikovega stanja ter nudenja ustrezne pomoči pri izvajanju življenjskih aktivnosti, ki jih sam ne zna, ne sme ali ne more izvesti),
- sodeluje pri realizaciji medicinsko-tehničnega načrta, katerega 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 celovito osebnost. Poleg teoretičnega znanja mora imeti še sposobnost zaznavanja in razmišljanja, čut odgovornosti ter sposobnost komuniciranja.

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,
- faktorje, ki bolečino povečajo ali blažijo,
- aktivnost bolnika
- terapevtske posege in
- poučenost bolnikov in svojcev.

Naloga MS je:

- *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*

-
- *prepoznati verbalne in neverbalne znake bolečine*
 - *oceniti bolnikovo zaznavo bolečine glede na mesto bolečine, intenzivnost, čas trajanja in kakovost. Pri tem je treba upoštevati bolnikovo osebno izražanje bolečine, toleranco in naš odnos do bolečine.*

Za objektivizacijo podatkov uporabljamo različne skale za ocenjevanje bolečine (VAS, NRS, VRS9).

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

Negovalna diagnoza je sprememba udobja bolnika. Postavljena je na osnovi ugotovljenih potreb in je soodvisna od medicinske diagnoze.

2. IZDELAVA NAČRTA ZDRAVSTVENE NEGE

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

3. IZVAJANJE NALOG PO NAČRTU ZDRAVSTVENE NEGE

- *omejitev občutkov tesnobe in strahu (razumevanje, pogovor, učenje),*
- *MS izvaja ali pomaga pri izvajanju nefarmakoloških metod, ki zmanjšujejo bolečino (pogovori, spremembe položaja, zaposlitvena terapija, sprostitvene tehnike, kožne stimulacije - TENS, masaže, tople ali hladne obloge)*
- *dajanje predpisanih zdravil in*
- *ugotavljanje analgetičnega učinka dane terapije, stranskih učinkov in bolnikovega odziva,*
- *ukrepanje ob pojavu komplikacij,*
- *poučevanje bolnikov, svojcev in zdravstvenih delavcev o novih tehnikah in pripomočkih za lajšanje bolečin,*
- *sodelovanje pri izvajanju medicinsko-tehničnih posegov,*
- *povezovanje in usklajevanje postopkov.*

4. OCENA USPEŠNOSTI DELA

Narava bolezní onemogoča objektivno ocenjevanje. Kazalci pravilnosti načrtovanja našega dela so:

- ob lajšanju bolečin smo ohranili bolnikovo zavest in dostojanstvo,
- preprečili smo bolečino,
- bolečino smo povsem odstranili ali omilili,
- bolečina je postala znosna,
- bolniku smo omogočili stanje brez bolečin in miren počitek.

MS izvaja ali sodeluje pri izvajanju predpisane terapije, katere pobudnik je zdravnik. Zaradi pravilnega izvajanja moramo biti seznanjeni z metodami zdravljenja in z načini njihovega izvajanja.

METODE ZDRAVLJENJA BOLEČINE:

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

Sistemsko medikamentozno zdravljenje je najpogostejše in najprimernejše. Da pa bo res uspešno, moramo upoštevati ta določila:

1. Zdravilo mora biti dano po določenem postopku:

- per oralno
- sublingvalno
- rektalno
- subkutano v bolusu ali kontinuirano
- intramuskularno
- intravenozno v obliki injekcij ali neprekinjene protibolečinske infuzije

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

3. Bolnika moramo skrbno opazovati zato, da bi ugotovili:

- učinkovitost zdravil,
-

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

4. Dokumentiranje

SPINALNA ANALGEZIJA PO EDK ALI SAK (epiduralni ali subarahnoidalni kateter)

Metodo dovajanja zdravila preko spinalnega katetra 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 njegova aktivnost,
- večje zaupanje bolnika in pozitiven odnos do zdravljenja,
- dolgotrajno analgezijo.

Naloge MS pri doseganju tega cilja so:

1. pravilna oskrba katetra glede na vrsto in način vstavitve,
2. pravilna priprava zdravilne mešanice,
3. pravilna aplikacija glede na vrsto in način vstavitve,
4. prepoznavanje komplikacij,
5. hitro in pravilno ukrepanje ob komplikacijah.

Oskrba katetra

Z dobro oskrbo dosežemo:

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

Oskrba je odvisna od načina vstavitve katetra

Oskrba delno tuneliranega katetra

EDK je uveden v odgovarjajočem delu hrbtenice in nato preko posebne igle speljan podkožno. Na mestu izhoda iz kože je pritrjen s šivom. Ta šiv ohranimo, šiv na mestu vstavitve katetra pa odstranimo po enem tednu. Mesto izhoda katetra iz kože sterilno pokrijemo in ga prevezujemo enkrat tedensko, po potrebi pa tudi pogosteje.

Oskrba katetra, vezanega na ACCESS PORT (AP)

V tem primeru je kateter v celoti speljan podkožno in vezan na AP. Oskrba je preprosta. Prve 2-3 dni po vstavitvi ima bolnik RW sukcijo. Šive na mestu vstavitve kapsule in na mestu spoja katetra s kapsulo odstranimo po 7-10 dneh.

Dovajanje zdravil po katetru

Ta način dovajanja zdravil se razlikuje glede na način vstavitve katetra. Povsod pa moramo paziti na sterilnost. Zdravilo lahko vbrizgavamo v bolusu ali pa kontinuirano preko črpalke.

Dovajanje zdravila v delno tuneliran kateter

Pripravljeno tekočino preko bakterielnega filtra, ki je s posebnim konektom vezan na kateter počasi vbrizgavamo. Po aplikaciji filter zamašimo in kateter oskrbimo. Filter menjavamo na 3 tedne oz. večkrat.

Dovajanje zdravil v AP

Pripravljeno tekočino vbrizgavamo preko kože v kapsulo. Posebno iglo zabadamo navpično preko kože in membrane do dna kapsule. Mesto vboda spreminjamo. Vbrizgavamo počasi. Kateter občasno prebrizgamo z 2-3 ml sterilne fiziološke raztopine.

Priprava zdravila

Zdravila pripravljajo v lekarni Onkološkega inštituta ali v področnih bolnišnicah. Tekočina naj bo shranjena v hladilniku. MS dnevno pripravljajo tekočino v brizgalke. Zdravilo si vbrizgajo bolniki sami ali pa njihovi

svoji. Če tega niso sposobni, opravijo to zdravstveni delavci.

Komplikacije pri EDK

Tehnične težave pri aplikacijah:

- dovajanje zdravila je otežkočeno ali neizvedljivo zaradi zamašenega, stisnjenega ali prepognjenega katetra,
- pojav bolečine ob dajanju zdravila,
- izhajanje tekočine ob aplikaciji na izhodu katetra iz kože,
- stalna mokrota na mestu izhoda katetra je znak iztekanja likvorja.

Stranski učinki danega zdravila

- zaprtje,
- zaspanost, zmedenost,
- glavobol, srbečica, bruhanje,
- zastoj urina prve dni po vstavitvi EDK,
- okužbe,
- iatrogeni Cushingov sindrom,
- depresija dihanja
- ohromelost nog 15-20 min. po začetku dovajanja zdravila v EDK, zaradi duralne fistule.