



VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVENO NEGO JESENICE

študijski program 1. Stopnja

Naziv študijskega predmeta: Zdravstvena nega

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PACIENTU Z
BOLEČINO**

Seminarska naloga

Visokošolski učitelj: Sanela Pivač, dipl.m.s., spec. managementa

Avtorica: Kim Peternel

1.letnik

Jesenice, oktober, 2011

IZJ A V A

Podpisana Kim Peternel, rojena 18.09.1992 v Kranju, študentka visoke šole za zdravstveno nego Jesenice, izjavljam, da je seminarska naloga z naslovom Oblikovanje seminarske naloge pri predmetu Informatika avtorsko delo. V seminarski nalogi so uporabljeni viri in literatura korektno navedeni, teksti niso pripisani brez navedbe avtorjev.

Za svojo izjavo prevzemam vso materialno in kazensko odgovornost. Poznam določila pravilnika o ocenjevanju in preverjanju znanja in Pravilnik o disciplinski odgovornosti študenta.

Jesenice, 22.12.2011

Podpis Študentke:

Izvleček

Teoretična izhodišča: *Bolečina je pogost pojav, ki paciente spremlja vsak dan. Pomembno vlogo pri lažšanju bolečin in pri boljšem splošnem počutju pacienta ima medicinska sestra. Ta naj bi v skladu s kodeksom etike medicinskih sester pacientu pomagala lajšati bolečino in mu stati ob strani.*

Cilj: *Z anketo pa bi želela ugotoviti, če medicinske sestre res upoštevajo kodeks etike in se dovolj empatično postavijo v pacientovo vlogo, ko ta čuti bolečino.*

Metoda: *Anketa*

Rezultati: *Ugotovili smo, da je večina medicinskih sester prijaznih do pacientov z bolečino, vendar se ne pokažejo dovolj razumevanja do pacientov. Trudijo se, da bi njihova bolečina izginila. Pacienti z bolečinami so odnos medicinske sestre pri osebnem zdravniku do njih ocenili s povprečno oceno 8.27 na lestvici od 1 do 10.*

Razprava: *Večina medicinskih sester primerno lajša bolečino pacientov, nekatere pa to delajo rutinsko, brez globljega razumevanja. Pacienti z bolečinami so skoraj vsi zadovoljni z odnosom medicinskih sester do njih, a je še prostor za izboljšavo.*

Ključne besede: *Medicinska sestra, bolečina, pacient*

Extract

Thory: *Pain is a phenomenon, which often takes place in patients everyday-life. Nurse has an important role at relieving pain and making the patients general state of health better. She is obliged with ethics code of nurses to relief patients pain and stand by him.*

Goal: *We wanted to find out, whether nurses take into consideration ethics code of nurses or not, with questionnair and also check the ability to stand in patients shoes, when he feels pain.*

Method: *questionnair*

Result: *We found out, the majority of nurses are nice to patients in pain, but they do not skown enough understanding. They are triing to make the patients pain go away. Patients in pain are mostly satisfied with nurses relations to them. They have rated the nurses from health centre with average mark 8.27 on the scale from 1 to 10.*

Discussion: *The majority of nurses suitably relief pain, some are doing it by rote, without deeper understanding. A lot of patients with pain are satisfied with nurses relations to them, but there is still place for improvement.*

Key words: *nurse, pain, patient*

Kazalo

1	Uvod.....	1
2	Teoretični del.....	2
2.1	Definicija bolečine	2
2.2	Zaznavanje bolečine	2
2.3	Psihološki vpliv bolečine	4
2.3.1	Učinek placeba	5
2.4	Vrste bolečine.....	5
2.5	Ocenjevanje bolečine	6
2.5.1	Ocenjevanje akutne bolečine.....	7
2.5.2	Ocenjevanje kronične bolečine	7
2.6	Zdravljenje	7
2.7	Glavni načini prepoznavanja in lajšanja bolečine	8
2.7.1	Starost.....	8
2.7.2	Etična dediščina.....	8
2.7.3	Pomembnost bolečine	8
2.7.4	Obolenja, ki jih spremljajo bolečine	8
2.7.5	Vrste bolečine.....	9
2.8	Zdravljenje	9
2.8.1	Zdravljenje brez zdravil	9
2.8.2	Zdravljenje z zdravili	9
2.8.3	Problem analgetičnih zdravil.....	10
3	Empirični del.....	10
3.1	Problem in cilji raziskovanja.....	10
3.2	Raziskovalne hipoteze.....	10
3.3	Raziskovalna metodologija	11
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	11
3.3.2	Opis instrumenta	11
3.3.3	Opis vzorca.....	11
3.3.4	Opis obdelave podatkov	11
3.4	Rezultati	11
3.5	Razprava.....	13

4	Zaključek.....	14
5	Kazalo tabel.....	15
6	Literatura	16
7	Priloge	17
7.1	Instrument.....	17

1 Uvod

Medicinske sestre imamo pomembno vlogo pri lajšanju bolečine, ter preprečevanju njenega nastanka. V stik z bolečino prihajamo vsak dan pri svojem delu s pacienti. Prav mi ponavadi prvi naletimo na pacientovo bolečino, ki jo po spoznanju lahko ocenjujemo. Kadar delamo s pacientom, mu moramo dati vedeti, da mu verjamemo, ga razumemo in mu želimo pomagati po svojih najboljših močeh. S takim odnosom si pridobimo pacientovo zaupanje in nadaljnje sodelovanje. Cilj našega delovanja je doseči, da pacient ne bo trpel zaradi bolečin. Za dosego tega cilja pa potrebujemo znanje o tem, kaj je bolečina, kakšne vrste bolečin poznamo, kaj vpliva na bolečinske zaznave, kako bolečino zdravimo.

Bolečina je pogosto prisotna ob različnih boleznih. Je pokazatelj, da se v pacientovem telesu nekaj dogaja, pogosto se kaže kot obrambni mehanizem organizma. Zaradi neugodja in neprijetnih občutkov je bolečina ena najpogostejših vzrokov, da pacienti poiščejo medicinsko pomoč. Pacientu predstavlja vzrok za strah in rad bi se bolečine čim hitreje izognil.

Veliko ljudi trpi za bolečino, ki jim predstavlja velik problem s katerim se obrnejo na nas in zdravnike, zato smo jim dolžni pomagati po svojih zmožnostih. Tudi mi bi bili v njihovi situaciji hvaležni, če bi kdo znal poskrbeti za nas.

2 Teoretični del

2.1 Definicija bolečine

Bolečina je vsenavzoča. Spremlja nas od rojstva do smrti. Je naša učiteljica in osnovni del človeške izkušnje. (Červ, 2002; cit. po Felser, 1994, str. 203)

Bolečina je kompleksna zaznava, ki je pogojena z izkušnjami. Če je akutna, je psihološko neločljivo povezana s strahom in splošno stisko. Če je kronična, je lahko bolečina le del trpljenja, ki zajema še depresijo, fizično omejenost, motnje spanja in obup.

Bolečino zaznamo s pomočjo senzoričnih in emocionalnih izkušenj, nanjo pa vplivajo še psihološki in sociološki faktorji. Zato ne obstaja le en standard za oceno bolečine v vseh okoliščinah. Čeprav se lahko uporabi enaka tehnologija za merjenje akutne in kronične bolečine, pa sta namen ocenjevanja in interpretacija merjenj običajno različna. (Šarman, 1997)

Zelo malo ljudi je, ki niso nikoli izkusili neprijetnega fizičnega občutka bolečine. Bolečina spremlja travme, kot so opekline, ureznine, izpahi in druge poškodbe, signalizira nevarnost, ki nam omogoči, da se čim prej odstranimo iz situacije in aktivno poskušamo poskrbeti za poškodovano območje (rano) ali ga zaščititi. (Payne in Walker, 1996)

Radi jo delimo na fizično, psihično, socialno, spiritualno, v bistvu pa se vedno dotika vseh človekovih aspektov hkrati. Bolečina je glavni razlog za to, da ljudje iščejo zdravstveno pomoč. Poleg vse simptomov, ki jih pacient izkuša, je najpogostejša in najbolj strašljiva tako zanj kot za njegove bližnje, medicinske sestre in drugo zdravstveno osebje. (Červ, 2002; cit. po Wall, 2000, str. 203)

2.2 Zaznavanje bolečine

Ljudje in višje razvite živali smo skozi dolga leta razvoja razvili čutila za svetlobo, zvok, pritisk in dotik, ter druge kot čut za ravnotežje in pozicijo, ki organizmu dovoljuje zavedanje samega sebe v odnosu z okolico. Vsi ti čuti združijo zmoglost organizma, da se brani pred plenilcem in okoljem. (Lipton, 1979)

Poleg tega pa ima koža kot zunanji telesni ovoj posebno visoko razvit nociceptivni sistem, ki zaznava množico močnih mehaničnih, termičnih in kemičnih dražljajev povzroča bolečino. Pomaga nam, da se izognemo grozeči poškodbi tkiva. Z Nociceptorji pa ne zaznamo nekaterih drugih škodljivih dražljajev, kot so UV žarki in rentgenski žarki. (Szepessy, 1997)

Vzrok za nastanek bolečine je pogosto v perifernem živčevju. Dojemanje bolečine temelji na prevajanju živčnih impulzov od čutilnih celic, ki zaznavajo mehanski ali toplotni ali kemični dražljaj (receptorji), po aferentnih nitih do centralnega živčnega sistema. Te niti imenujemo nociceptivne niti, ker so specializirane za prenos bolečinskih informacij. Receptorji ne javljajo samo škodljivega dražljaja, ampak tudi informacijo o intenziteti dražljaja. Tako tudi bolečino zaznamo različno močno. Bolečinski dražljaj sproži prenos impulzov, odzove se bolečinski receptor. Po aferentnih vlaknih potuje dražljaj do zadnjega roga hrbtenjače, kjer je prva sinapsa. Prenos prvega dražljaja sporoči natančno mesto in obseg poškodbe v področju, kjer je tkivo spremenjeno. (Szepessy, 1997)

Če je poškodba huda se vzdražijo tudi speči nociceptorji, ki sooblikujejo odgovor na prvotni dražljaj. Speči nociceptorji so mehanski receptorji z visokim pragom vzdržnosti. V normalnih okoliščinah in pri manjših poškodbah se močni mehanski in termični dražljaji ne vzbujajo. V vnetem tkivu pa se lahko močni impulzi prenašajo že pri najmanjšem gibu. To stanje imenujemo hiperalgezija. Poznamo pa še sekundarno hiperalgezijo. Posledica tega je boleče občutenje na razširjenem mestu poškodbe, ki ni bilo izpostavljeno škodljivemu dražljaju. Gre za mehansko preobčutljivost, ko se rahel dotik prevaja kot bolečina. (Szepessy, 1997)

Na površini bolečino natančno lokaliziramo, medtem ko pri globlje ležečih tkivih težje določimo lokacijo. Bolečino v globlje ležečih tkivih pogosto zaznamo daleč od mesta nastanka. Prevajanje te bolečine poteka preko simpatičnih in parasimpatičnih živcev, ki dobijo informacijo s pomočjo visceralnih receptorjev za raztezanje in kemoreceptorjev v votlih organih, krvnih žilah, prsnici in trebušnici. Podobno kot somatski receptorji imajo tudi visceralni bolečinski receptorji sposobnost da razlikujejo intenziteto dražljaja. Predvideva se, da to pogojujejo in vzbujajo vnetja. Takšna vrsta aferentnih živcev je razširjena v večini notranjih organov, v njih se odvisno od vrste ali vzorca dražljaja poleg jakosti zaznava tudi specifičnost dražljaja (npr. izpraznitev mehurja). (Szepessy, 1997)

2.3 Psihološki vpliv bolečine

Bolečina ima fizično in psihično komponento, ki sta med seboj tesno povezani, vplivata druga na drugo in se med seboj tudi dopolnjujeta. O fizični komponenti danes vemo veliko in imamo na voljo različna sredstva, s katerimi jo lajšamo.

Bistveni del psihične bolečine je pacientovo osebno spoprijemanje s seboj in novonastalo situacijo. Ta individualna sestavina ima dolgo obdobje in je zaznamovana z negativnimi stanji, s katerimi se mora pacient spoprijeti. Pri tem mislimo na mobilnost, vitalnost, kreativnost, integriteto, identiteto, družbo, spopadanje z omejitvami in možne izgube. (Gamse,1997)

Bolečina je ena najbolj univerzalnih človekovih izkušenj, prav zaradi tega je lahko in težko govoriti o njej. Po eni strani vsi vemo nekaj o bolečini, vsaj o tisti svoji, in po drugi strani imajo različne osebe različne odnose do bolečine. (Szasz,1957)

Iz zgodovine so znana opažanja, da vojaki pogosto niso čutili bolečin, ko so jih hudo poškodovane odstranili z bojišča. Takrat so si to razlagali kot psihološki fenomen, ki ga gre prepisati olajšanju ob pričakovanju, da bodo prišli na varno. Novejša interpretacija pravi, da skrajno stanje vzburjenosti ki nastane zaradi potrebe, da pridemo na varno, povzroči izločanje betaendorfina in tako zatre bolečinski signal. Odsotnost bolečine omogoča posamezniku, da pride na varno ali poišče pomoč. Neki kmet je nesel svojo odrezano roko čez več polj, da bi našel pomoč, potem ko je doživel nesrečo pri kmečkih opravilih. Šele, ko dobimo varno zavetje ali pomoč, vzburjenje upade in začnemo čutiti bolečino. To naj bi bil fiziološki mehanizem posttravmatične neobčutljivost za bolečino, ki omogoča preživetje. Ne gre pa toliko za psihološki fenomen, čeprav sta oba nedvomno povezana, kajti psihološka presoja situacije sproži fiziološko vzburjenje. Bolečina ponavadi sporoča telesu o grožnji, zato jo lahko prištevamo med stresorje. (Payne in Walker, 1996)

Betaendorfin med drugim v možganih kontrolira bolečino. Je pod nadzorom prefrontalnega režnja možganske opne, ki jo povezujemo s čustvi. Tako lahko vidimo, da je psihološko stanje lahko neposredno povezano s kontrolo bolečine. Dokazano je, da vzročno-posledični odnos med bolečino in psihološkim stanjem deluje v obe smeri. Bolečina je torej odvisna od fizioloških in psiholoških procesov. (Payne in Walker, 1996)

Bolečina, ki je ne moremo nadzorovati, lahko sproži negativne sodbe in negativna čustva, kar povzroči, da se posameznik počuti anksioznega in depresivnega. Po drugi strani pa negativni učinki lahko puščajo bolečinska vrata odprta, kar še otežuje prenašanje bolečine. Zato je za pacienta, kadar je bolečino težko kontrolirati, zelo pomembno in nujno, da dobro presodi in razume, kako delujejo ti mehanizmi (še posebno pri kronični bolečini), pri tem ima veliko vlogo medicinska sestra. (Payne in Walker, 1996)

2.3.1 Učinek placeba

Pacientu damo terapijo za katero on verjeme, da je analgetično zdravilo. (Dudley Hart idr., 1974)

Učinek placeba je verjetno povezan s sproščanjem betaendorfina, ki je posledica psihološkega pričakovanja. Ta učinek je lahko zelo močan, celo enak majhnemu terapevtskemu odmerku morfija. (Payne in Walker, 1996)

Če se bolečina po zaužitju placeba zmanjša ali preneha, to ne pomeni, da ni bila resnična in, da je nastala zgolj v pacientovi glavi. Sproščanje naravnega endorfina, ki se zgodi pri tem procesu, je zmožno pomagati pri kontroli vseh vrst bolečin. Toda treba je povedati, da se vsi ljudje ne odzivajo tako. Tudi kadar je učinek dober, se utegne z vsakim naslednjim odmerkom zmanjšati, ker se telo začne zavediti, da ne dobiva aktivnih substanc. Torej ne gre za primeren nadomestek analgetikom in zelo malo verjetno je, da bi placebo dolgoročno učinkoval pri ljudeh, ki trpijo kronične bolečine. (Payne in Walker, 1996)

2.4 Vrste bolečine

Bolečino lahko delimo po različnih kriterijih v več vrst:

Glede na fiziološko vlogo poznamo:

- fiziološko bolečino (bolečina, ki ima opozorilno in obrambno vlogo)
- patološka bolečina (vsaka kronična bolečina, ovira posameznika v vsakodnevnem življenju)

Glede na trajanje ločimo:

- akutno bolečino (pojavi se zaradi tkivne poškodbe in izzveni po prenehanju bolečinskega dražljaja)
- kronično (dolgotrajna bolečina, ki postane neodvisna od bolečinskih dražljajev, o njej govorimo, ko simptomatika traja več kot 3 mesece)

Glede na lokacijo ločimo:

- somatsko bolečino (povrhnja bolečina)
- visceralno bolečino (bolečina, ki jo čutimo v notranjih organih)

(Skela Savič idr., 2010)

2.5 Ocenjevanje bolečine

Bolečino je zaradi subjektivnosti zelo težko oceniti ali meriti. Težko je najti stopnjo intenzivnosti bolečine, ki bi jo vsakdo doživel kot sprejemljivo. Pri spoprijemanju z bolečin, zato upoštevamo naslednje – pacient ne bi smel imeti nikoli hujših bolečin, kot jih je pripravljen voljno prenašati.

Tesen je odnos med intenzivnostjo in možnostjo prenašanja bolečine. Pri različnih pacientih je drugače in prav zaradi tega nastajajo razlike v toleriranju bolečine. Nekateri imajo nizek prag svoje vzdržljivosti za bolečino, medtem ko bodo drugi zares sposobni tolerirati visoke stopnje intenzivnosti bolečine brez prevelikega trpljenja.

Eden najpomembnejših razlogov za ocenjevanje bolečine rutinsko je, da pacienti pogosto niso pripravljeni pritegniti pozornosti na svojo bolečino iz strahu, da bi jih imeli za slabiče in reve ali ker ne želijo obremenjevati že tako zaposlene medicinske sestre. Rutinsko ocenjevanje bolečine je način komunikacije z zdravstvenimi strokovnjaki, ki zagotavlja, da pacient dobiva dovolj velik odmerek analgetikov. (Payne in Walker, 1996)

Bolečina kot večdimenzionalna izkušnja je lahko merljiva kot enodimenzionalna z VAS skalo, vendar ob tem obstaja nevarnost potencialnega znatnega poenostavljanja. Bolečina ima senzorične, emocionalne, motivacijske, kognitivne in obnašalne razsežnosti. Bolečina je odvisna od populacije, ki jo obravnavamo ali od namena ocenjevanja, delno tudi od teoretični

orientiranosti ocenjevalca. Ne obstaja univerzalni indeks bolečine, ki bi bil enak za vse vrste medicinskih smeri.

Ne smemo pa pozabiti, da pacienta obremenjujemo z določenimi načini merjenja bolečine (npr. dolgi in natančni vprašalniki) in da mu moramo pri tem pomagati. Pacient je lahko tudi obremenjen s strahom, da bo ocena njegove bolečine morda negativno vplivala na zdravljenje. (Šarman, 1997)

2.5.1 Ocenjevanje akutne bolečine

Pri ocenjevanju akutne bolečine uporabljamo enostavne lestvice intenzivnosti bolečine (od odsotnosti bolečine do najhujše predstavljljive bolečine), toleriranja bolečine (od odsotnosti bolečine do nevzdržne bolečine) in pacientovega odzivanja na zdravljenje (od popolnega olajšanje do odsotnosti olajšanja). Lestvice morajo upoštevati kakršne koli primanjkljaje na področju vida, sluha in stopnjo razumevanj posameznika, ki ga ocenjujemo.

Lestvice z veselimi in žalostnimi obrazi so primerne za majhne otroke, za tiste, ki imajo učne težave, in za zmedene starejše ljudi, če dovolj dobro vidijo. (Payne in Walker, 1996)

2.5.2 Ocenjevanje kronične bolečine

Ocena intenzivnosti bolečine je le majhen del ocene kronične bolečine. Kadar želimo vedeti, kako huda je bolečina, ko je najhujše, je koristno uporabljati enostavno verbalno ocenjevalno lestvico. Tako poskušamo ugotoviti dejavnike, ki bolečino izzivajo ali jo povečujejo. Prav tako je koristno vedeti, kako huda je bolečina, ko je najmanj moteča, oziroma je pacient brez bolečin in če je, kateri pogoji morajo biti za to izpolnjeni. Pripomoček, ki lahko pri takem ocenjevanju pomaga, je bolečinski dnevnik, kjer si pacient zapisuje te podrobnosti z namenom, da se pokažejo dejavniki, ki sprožijo bolečino in tisti, ki jo minimalizirajo. (Payne in Walker, 1996)

2.6 Zdravljenje

Zelo pomembno pri bolečini je, da ugotovimo njen vzrok, torej postavimo njeno diagnozo, saj je zdravljenje tako bolj smotrno in ciljno. Včasih seveda bolečin ne moremo povsem pojasniti ali pa so hude težave v nesorazmerju z ugotovljenimi spremembami. Takrat iščemo druga

ozadja kot so osamljenost, občutek zapuščenosti, izgube drage osebe. Če ne uspemo ugotoviti vzroka za bolečine, se tudi dogaja, da taki bolniki tavajo od specialista do specialista, opravijo nešteto, tudi nepotrebnih raziskav, ki ponavadi ne odkrijejo nekih posebnih sprememb, razen tistih, ki so »običajne« spremljevalke bolezni. (Kos-Golja, 2004)

2.7 Glavni načini prepoznavanja in lajšanja bolečine

Pravilna prepoznavna bolečine in ustrezno zdravljenje sta neločljivo povezana.

Doživetje bolečine je svojevrstno za vsakega posameznika. Na doživetje pa vpliva več dejavnikov:

2.7.1 Starost

Do nedavnega so mislili, da novorojenci ne občutijo bolečine. Raziskave so dokazale, da celo nerojen plod odgovori na boleč dražljaj. Otrok v obdobju doraščanja zaznava in doživlja bolečino. Presoja bolečine v otroštvu je zelo težka in jo moramo prilagoditi starostnim skupinam. Slabo lajšana bolečina v otroštvu ima dolgotrajne posledice v kasnejših obdobjih. Bolečina v otroški dobi je tudi odraz njegove okolice. Otrok prevzame način odgovora na bolečino, ki jo opazi v svoji lastni družini. V starosti je bolj v ospredju težje sprejemanje bolečine kot bolečina sama. Spremljajoča obolenja, ki vplivajo na počutje, spremenijo doživetje bolečine in pogosto sta dražljaj in občutek bolečine nesorazmerna. (Godec, 1997)

2.7.2 Etična dediščina

Mediteranski narodi zelo burno izražajo svoje občutke, medtem ko severnjaki, kjer bolečina ni enako pomembna, prenašajo bolečine bolj mirno. (Godec, 1997)

2.7.3 Pomembnost bolečine

Bolečina je za posameznika različno pomembna. (Godec, 1997)

2.7.4 Obolenja, ki jih spremljajo bolečine

Pri kronični bolečini moramo razlikovati bolezensko obnašanje, ki ni v razmerju z bolečim dražljajem, in je bolezen sama po sebi. Drugo obnašanje je pri kronični bolečini, karad je bolečina močnejša. (Godec, 1997)

2.7.5 Vrste bolečine

Razlikovanje med kronično, akutno in rekurentno (ponavljajočo) bolečino je bistveno pomembno za način zdravljenja. (Godec, 1997)

2.8 Zdravljenje

2.8.1 Zdravljenje brez zdravil

Pri številnih pacientih z bolečino uporabljamo nefarmaloške načine zdravljenja, kot so poučevanje pacienta, družbena pomoč, pomoč pri čustvenih težavah in fizikalna ter delovna terapija.

Pacient mora biti o svoji bolezni dobro poučen, če hočemo, da se bo čim prej aktivno vključil v proces zdravljenja. Osveščeni in poučeni pacienti imajo dokazano manj bolečin in živijo kakovostnejše življenje.

Družbena pomoč je pri pacientih z bolečino zelo dobrodošla. Komunikacija s pacientom je pomemben dejavnik, ki zmanjša bolezenske simptome in izboljša njegovo splošno počutje. Daje mu občutek varnosti, pozornosti, zavedanja, da ni povsem in od vseh pozabljen.

Razlike v odzivanju in sprejemanju bolečine ter bolezni med posamezniki nastajajo zaradi različnih vplivov. Pojavljata se tudi depresija in anksioznost, ki nedvomno modulirata bolečino. Še posebno pri tistih pacientih, kjer bolezen povzroči različne stopnje invalidnosti in odvisnosti od drugih, je lahko psihična komponenta še močnejše izražena. Pogosto se pridružijo nespečnost, utrujenost, izguba teka, hujšanje, kar še dodatno poslabša kakovost njihovega življenja. Tak pacient potrebuje veliko čustvene podpore iz okolice, včasih celo psihiatrično pomoč. (Kos-Golja, 2004)

2.8.2 Zdravljenje z zdravili

Farmaloško zdravljenje je del celostnega, pogosto zelo zahtevnega zdravljenja pacientov. Zdravljenje z zdravili veno kombiniramo z nefarmaloškimi ukrepi. Protibolečinsko zdravljenje bolezni brez znakov vnetja začnemo z analgetiki. (Kos-Golja, 2004)

2.8.3 Problem analgetičnih zdravil

Analgetiki, ki jih dobimo brez recepta in blažji analgetiki pri kronični bolečini pogosto niso učinkoviti, zato je predpisovanje močnejših vabljiva skušnjava. Eden od velikih problemov je, da se toleranca za analgetike sčasoma dviguje, kar vodi k vedno večjim odmerkom in predpisovanju vse močnejših analgetikov. Vloga analgetikov, ki se uporabljajo le ob strogih indikacijah in kjer mora biti poraba posebej dokumentirana, je sporna prav zaradi zgoraj opisanega učinka, zato se pacienti pogosto poskušajo odvrniti od njihove dolgotrajne redne uporabe. (Payne in Walker, 1996)

3 Empirični del

3.1 Problem in cilji raziskovanja

Zanima nas ali medicinske sestre v praksi primerno ravnajo s pacient, ki trpijo za bolečino. V teorije veliko poudarjamo celostno obravnavo pacientov z različnimi boleznimi, težavami in po teoriji bi tako morali obravnavati tudi paciente z bolečino. Vsi pacienti, ki trpijo za bolečini imajo pravico do lajšanja bolečin, ki jo mora medicinska sestra zagotavljati po načelih kodeksa etike medicinskih sester.

Če naštejemo cilje so ti naslednji:

Cilj1: ugotoviti, ali medicinske sestre v praksi pacienta res primerno obravnavajo

Cilj2: ugotoviti, ali medicinske sestre v praksi upoštevajo načela kodeksa etike

Cilj3: ugotoviti, ali so pacienti z bolečinami zadovoljni z odnosom medicinskih sester

3.2 Raziskovalne hipoteze

Hipoteze smo postavili na podlagi ciljev.

Hipoteza1: predvidevamo, da medicinske sestre paciente obravnavajo primerno.

Hipoteza2: predvidevamo, da medicinske sestre lajšajo bolečino, saj jih zavezuje kodeks etike.

Hipoteza3: Predvidevamo, da so pacienti z bolečinami zadovoljni z odnosom medicinskih sester do njih, saj so se skozi šolanje in prakso morale naučiti ugotavljati pacientove potrebe.

3.3 Raziskovalna metodologija

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja. Naša metode zbiranja podatkov bo anketni vprašalnik zaprtega tipa, da smo dobili čim bolj objektivne podatke. Raziskava je potekala od 8.12.2011 do 17.12.2011 v okolici Tržiča.

3.3.2 Opis instrumenta

Anketni vprašalnik bo vseboval demografske podatke in 6 vprašanj, ter 3 podvprašanja v zvezi odnos medicinskih sester pri pacientih z bolečino. Vprašanja so bila zastavljena tako, da so lahko anketiranci odgovorili s kratkimi in jedrnatimi odgovori.

3.3.3 Opis vzorca

Vzeli smo naključno zbran vzorec 20 ljudi, ki so prvi želeli sodelovati v naši raziskavi. Sodelovalo je 9 moških in 11 žensk. Najmlajši sodelujoči v anketi so bili stari od 15 do 20 let, teh je bilo 5. Naslednja kategorija starosti je bila od 20 do 30 let, pri naključnem vzorcu so sodelovali trije. Največ sodelujočih 7 je bilo iz kategorije od 30 do 50 let. Starostniki stari od 60 do 75 let so bili prisotni v malo manjšem številu (5). Vsi sodelujoči so bili iz Gorenjske regije. Izobrazba sodelujočih je bila v večini srednješolska (5. stopnja), ena oseba je imela osnovnošolsko izobrazbo, 5 ljudi je imelo visokošolsko ali univerzitetno izobrazbo.

3.3.4 Opis obdelave podatkov

Vse odgovore smo potem združili, jih povezali z zastavljenimi cilji in hipotezami ter napisali rezultate. Podatke smo obdelali s tabelami (za vsako vprašanje posebej).

3.4 Rezultati

Odgovori na 1. vprašanje:

Tabela1: število oseb, ki so in niso obiskale zdravnika zaradi bolečine

Št. oseb, ki so zaradi bolečine obiskali zdravnika	Št. oseb, ki zdravnika niso nikoli obiskali zaradi bolečine
18	2

Odgovori na 2. vprašanje:

Tabela2: Ocena bolečine na lestivi od 1 do 10, zaradi katere so anketiranci odšli k zdravniku (1 - pomeni blaga bolečina, 10 zelo močna nevzdržna bolečina)

Ocena	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Št. oseb	0	0	0	0	1	2	1	7	2	5

Povprečna ocena bolečine, zaradi katere pacienti prihajajo do zdravnika: 8.22

Odgovori na 3. vprašanje:

Tabela3: Ocena odnosa medicinske sestre na lestivi od 1 do 10 po mnenju naših anketirancev (1 - pomeni medicinska sestra se ni zanimala za mojo bolečino in me ni poskušala razumeti, 10 pomeni medicinska sestra se je zanimala za mojo bolečino in me je poskušala razumeti, ter poskušala mojo bolečino odpraviti)

Ocena	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Št. oseb	0	0	0	0	3	1	1	3	3	7

Povprečna ocena odnosa medicinske sestre pri zdravniku na lestivi od 1 do 10 : 8.27

Odgovori na 4. vprašanje:

Tabela4: število oseb, ki so in niso bile sprejete v bolnišnico zaradi bolečine

Št. oseb, ki so bili zaradi bolečine sprejeti v bolnišnico	Št. oseb, ki niso nikoli bili sprejeti v bolnišnico zaradi bolečine
14	6

Odgovori na 5. vprašanje:

Tabela5: Ocena bolečine na lestivi od 1 do 10, zaradi katere so bili anketiranci sprejeti v bolnišnico (1 - pomeni blaga bolečina, 10 zelo močna nevzdržna bolečina)

Ocena	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Št. oseb	0	0	0	0	0	1	2	2	5	4

Povprečna ocena bolečine, zaradi katere so bili anketiranci sprejeti v bolnišnico: 8.64

Odgovori na 6. vprašanje: Nanašajo se na odnos medicinske sestre ki je bila v ambulanti / na oddelku in je skrbela za naše anketirance takoj ob prihodu.

1. podvprašanje: Je bila prijazna?

Tabela6: Mnenje anketirancev glede prijaznosti medicinske sestre.

Podani odgovori	DA	NE, DOVOLJ	NE
Št. anketirancev	13	1	0

2. podvprašanje: Vas je poskušala razumeti in potolažiti?

Tabela7: Mnenje anketirancev glede poskusa razumevanja in tolaženja medicinske sestre.

Podani odgovori	DA	NE, DOVOLJ	NE
Št. anketirancev	11	1	2

3. podvprašanje: Se je potrudila, da bi vaša bolečina čim prej izginila?

Tabela8: Mnenje anketirancev glede truda medicinske sestre za lajšanje njihove bolečine .

Podani odgovori	DA	NE, DOVOLJ	NE
Št. anketirancev	11	2	1

4. podvprašanje: Vam je dala kakšno zdravilo s protibolečinskim učinkom?

Tabela9: Odgovor anketirancev glede prejetja zdravila s protibolečinskim učinkom

Podani odgovori	Št. anketirancev, ki je odgovorilo na to vprašanje
DA, KER JE VIDELA MOJO STISKO	2
DA, POTEM KO SEM JO PROSIL ZANJ	5
NE, KER NI IMELA POTRDILA ZDRAVNIKA	6
NE, KER MI GA NI ŽELELA DATI	0
NE, KER NE IMELA ČASA	0
Drugo:	1 (nisem ga potreboval)

3.5 Razprava

V tej raziskavi, ki smo jo izvedli, smo dobili podatke, iz katerih je razvidno, da medicinske sestre v večini lepo sprejmejo paciente z bolečino. Do njih so prijazne, vendar pa vse

medicinske sestre ne pokažejo razumevanja do pacientov. Večina medicinskih sester se trudi, da bi pacientova bolečina izginila, a v veliko primerih nimajo potrdila zdravnikov, da bi pacientom dale zdravila. Veliko medicinskih sester z dovoljenjem zdravnika pacientom izroči ali aplicira zdravilo šele po njihovi prošnji zanj. Nekaj je takih, ki že same opazijo pacientovo stisko. Iz raziskave, pa je razvidno, da ni bilo medicinske sestre, ki pacientu ne bi lajšala bolečine, ker ne bi želela ali zaradi pomanjkanja časa.

Glede na hipoteze lahko:

1. hipotezo delno potrdimo, saj je večina medicinskih sester paciente obravnavalo primerno, saj so bile skoraj vse prijazne, nekatere pa niso pokazale razumevanja do pacientov.
2. hipoteza potrdimo, saj so vse medicinske sestre lajšale bolečine, ker jih zavezuje kodeks etike.
3. hipoteza delno potrdimo, saj je večina pacientov z bolečinami zadovoljnih z odnosom medicinskih sester do njih, nekaj pa je takih pacientov, ki imajo občutek, da medicinske sestre niso povsem zadovoljile njihovih potreb.

4 Zaključek

Bolečina je neprijetna zaznava s katero se je skoraj vsak od nas že srečal in jo občutil. Veliko ljudi se zaradi bolečine obrne na zdravnika ali so zaradi nje sprejeti v bolnišnice. Bolečino bi morale vse medicinske sestre iz teorije in prakse poznati in se truditi, da bi pacienti čim manj trpeli zaradi nje. Po rezultatih raziskave, ki smo jo opravili, pa to ni vedno mogoče, saj nimajo potrdil zdravnikov, da bi lahko aplicirale zdravila. Velika večina medicinskih sester je do pacientov prijaznih in se trudi, da bi pacienti čim manj trpeli, vendar pa včasih ne pokažejo pravega razumevanja do pacienta, ker je še prostor za napredek. Ker veliko obravnavamo, kako pomembna je holistična oskrba pacienta, bi lahko na to temo naredili kakšno predavanje za tiste sestre, ki so že veliko let v praksi in lajšanje bolečine pogosto izvajajo rutinsko, verjetno bi s tem izboljšali odnos medicinskih sester do pacientov z bolečino in bi te poskusile bolje pokazati razumevanje do njih, saj je to eden pomembnih psihičnih dejavnikov, da se pacient počuti razumljenega, ker mu to veliko pomeni in pripomore k boljšemu zdravljenju.

5 Kazalo tabel

Tabela1: število oseb, ki so in niso obiskale zdravnika zaradi bolečine	11
Tabela2: Ocena bolečine na lestivi od 1 do 10, zaradi katere so anketiranci odšli k zdravniku (1 - pomeni blaga bolečina, 10 zelo močna nevzdržna bolečina)	12
Tabela3: Ocena odnosa medicinske sestre na lestivi od 1 do 10 po mnenju naših anketirancev(1 - pomeni medicinska sestra se ni zanimala za mojo bolečino in me ni poskušala razumeti, 10 pomeni medicinska sestra se je zanimala za mojo bolečino in me je poskušala razumeti, ter poskušala mojo bolečino odpraviti)	12
Tabela4: število oseb, ki so in niso bile sprejete v bolnišnico zaradi bolečine	12
Tabela5: Ocena bolečine na lestivi od 1 do 10, zaradi katere so bili anketiranci sprejeti v bolnišnico (1 - pomeni blaga bolečina, 10 zelo močna nevzdržna bolečina)	12
Tabela6: Mnenje anketirancev glede prijaznosti medicinske sestre	13
Tabela7: Mnenje anketirancev glede poskusa razumevanja in tolaženja medicinske sestre.	13
Tabela8: Mnenje anketirancev glede truda medicinske sestre za lajšanje njihove bolečine .	13
Tabela9: Odgovor anketirancev glede prejetja zdravila s protibolečinskim učinkom	13

6 Literatura

Benedetti F, Kos-Golja M, Krčevski Škvarč N, Lahajnar S, Šarman M, Lunder U. et al. Seminar o bolečini – 8. Seminar o bolečini; 2004 Jun 18-19; Maribor, Slovenija. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine; 2004.

Dudley Hart F, Huskisson E C, Feldman A S, Szasz S T, Westbury G, White J C. The Treatment of Chronic Pain. Letchworth: Medical and Technical Publishing Co LTd; 1974

Krčevski Škvarč N, Vrabl Ž, Matoic B, Špegel M, Cesar Komar M, Šarman M. et al. Seminar o bolečini – 6. Seminar o bolečini; 2002 Jun 7-8; Maribor, Slovenija. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine; 2002.

Lipton S. The control of chronic pain. London: Edward Arnold; 1979

Payne S, Walker J. Psihologija v zdravstveni negi. Ljubljana: Educy; 2002

Pečan M, Szepessy N, Cesar Komar M, Stare J, Šarman M, Godec M. et al. Seminar o bolečini – 1. Seminar o bolečini; 1997 Jun 6-7; Podčetrtek, Slovenija. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine; 1997.

Skela Savič B, Kaučič M B, Filej B, Skinder Savič K, Mežik Veber M, Romih K. et al. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010

7 Priloge

7.1 Instrument



ANKETNI VPRAŠALNIK: Vloga medicinske sestre pri pacientu z bolečino

Spoštovani!

Sem Kim Peternel, študentka 1. letnika Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pri predmetu Zdravstvena nega bomo v okviru seminarske naloge z naslovom Vloga medicinske sestre pri pacientu z bolečino naredili raziskavo, pod mentorstvom ga. Sanele Pivač, dipl.m.s., spec. managementa.

Z raziskavo želimo ugotoviti, ali medicinske sestre do pacientov z bolečino pristopajo strokovno, zato vas vljudno prosimo za izpolnitev anketnega vprašalnika. Izpolnjevanje anketnega vprašalnika je anonimno. Vaši odgovori nam bodo pomagali pri boljšem razumevanju odnosov med medicinskimi sestrami in pacienti.

Za sodelovanje se Vam zahvaljujemo!

Navodilo: Naslednje odgovore ustrezno obkrožite ali izpolnite!

Starost:

0-10

10-15

15-20

20-30

30-50

60-75

75 in več

Spol: Ž M

IZOBRAZBA: _____

KRAJ BIVANJA: _____

1. Ste kdaj občutili tako bolečino, da ste zaradi nje obiskali zdravnika?

DA

NE

2. Če ste, kako bi to bolečino ocenili na lestivi od 1 do 10 (1 – pomeni blaga bolečina, 10 zelo močna nevzdržna bolečina). Obkrožite ustrezno številko!

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Kako vas je takrat sprejela medicinska sestra v ambulanti? Kako bi to ocenili na lestivi od 1 do 10 (1 – pomeni medicinska sestra se ni zanimala za mojo bolečino in me ni poskušala razumeti, 10 pomeni medicinska sestra se je zanimala za mojo bolečino in me je poskušala razumeti, ter poskušala mojo bolečino odpraviti) Obkrožite ustrezno številko!

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Ste bili kdaj sprejeti v bolnišnico zaradi bolečine?

DA

NE

5. Če ste, kako bi to bolečino ocenili na lestivi od 1 do 10 (1 – pomeni blaga bolečina, 10 zelo močna nevzdržna bolečina) Obkrožite ustrezno številko!

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Kako vas je takrat sprejela medicinska sestra, ki je bila v ambulanti / na oddelku in je skrbela za vas takoj ob prihodu:

Je bila prijazna? DA NE, DOVOLJ NE

Vas je poskušala razumeti in potolažiti? DA NE, DOVOLJ NE

Se je potrudila, da bi vaša bolečina čim prej izginila? DA NE, DOVOLJ NE

Vam je dala kakšno zdravilo s protibolečinskim učinkom?

DA, KER JE VIDELA MOJO STISKO

DA, POTEK KO SEM JO PROSIL ZANJ

NE, KER NI IMELA POTRDILA ZDRAVNIKA

NE, KER MI GA NI ŽELELA DATI

NE, KER NE IMELA ČASA

Drugo:

Za sodelovanje se Vam lepo zahvaljujem.