



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**DOŽIVLJANJE BOLEČINE PRI  
PACIENTKAH Z RAKOM**

**PAIN ASSESSMENT IN FEMALE CANCER  
PATIENTS**

Mentorica: doc. dr. Simona Hvalič Touzery

Kandidatka: Petra Kresevič

Jesenice, november, 2016

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici, doc. dr. Simoni Hvalič Touzery za vse usmeritve, nasvete pri pisanju diplomskega dela ter za njen pozitiven odnos, ki mi je pomagal pri ustvarjanju diplomskega dela.

Prav tako se zahvaljujem svojima recenzentkama, Marjani Bernot, dipl. m. s., univ. dipl. org., pred. in doc. dr. Ivici Avberšek Lužnik ter lektorici Mileni Furek.

Zahvaljujem se tudi predsednici društva, Europa Donna, Mojci Senčar ter Tanji Španić za pomoč pri izvedbi raziskave za diplomsko delo.

Posebno zahvalo namenjam svoji družini, ki me je podpirala v času študija in pri pisanju diplomskega dela.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Pojav bolečine pomeni, da se v telesu nekaj dogaja. Doživljanje bolečine je človekova kompleksna izkušnja, ki vpliva na kakovost življenja človeka, in sicer na njegovo fizično, psihično ter socialno življenje.

**Cilj:** Glavni cilj diplomskega dela je bil ugotoviti vedenjske vzorce pacientk z rakom ob doživljanju bolečine, dejavnike, ki vplivajo na doživljanje bolečine ter način obvladovanja bolečine.

**Metoda:** Raziskava je temeljila na empirični kvantitativni neeksperimentalni metodi dela s strukturirano anketo. Uporabili smo mednarodno priznane merske instrumente (Perceived meaning of cancer pain inventory - PMCPI, Biobehavioral pain profile, Control over pain using the self-efficacy subscale of CSQ). V vzorec smo vključili 103 ženske z izkušnjo raka dojke. Rezultate raziskave smo analizirali s programom MS Excel 2010 ter SPSS 21.0. Uporabili smo opisno in bivariantno statistiko. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, pri katerih je bila stopnja pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

**Rezultati:** Največji delež anketirank se zdravi s kemoterapijo (31,9 %), bolečina pa pri največjem deležu (35,7 %) traja do enega leta. Anketiranke so kot najpogostejši vedenjski vzorec ob pojavu bolečine navedle prestrašenost (PV=5,4 SO=1,8), pospešeno bitje srca (PV=5,4 SO=1,9) in oteženo dihanje (PV=5,03 SO=1,8). Vseh 22 proučevanih dejavnikov je vplivalo na pojav bolečine, med njimi najpogosteje občutki nemoči (PV=5,5 SO=1,9) in brezupa (PV=5,5 SO=2,2) ter opazovanje bolečine drugih (PV=5,4 SO=2,0). Dnevna bolečina je bila uspešno nadzorovana pri 45,6 % anketirankah. Ugotovili smo, da je nadzor nad bolečino statistično značilno povezan s starostjo ( $p=0,01$ ) in izobrazbo ( $p=0,022$ ). Bolečina najbolj vpliva na spanje (PV=7,6 SO=3,02), najmanj pa na odnos z drugimi ljudmi (PV=4,8 SO=2,4). Za 58,3 % anketirank bolečina predstavlja izziv, 49,5 % pa jih meni, da lahko živijo z bolečino in delujejo kolikor je mogoče normalno.

**Razprava:** Do podobnih rezultatov kot naša raziskava so prišle tudi tuje raziskave, v katerih anketiranci ob doživljanju bolečine navajajo strah, zaskrbljenost in v nekaterih primerih pojav depresije. Razlike z našo raziskavo so se pokazale le v nadzoru bolečine, in sicer v eni izmed raziskav, ki je bila izvedena v New Yorku je 53 % pacientov

ocenilo dnevno bolečino med 8-10. V naši raziskavi so anketiranke z rakom ocenile manjšo dnevno bolečino. Potrebno bi bilo izvesti raziskavo v različnih obdobjih zdravljenja in napredovanja bolezni, da bi lahko primerjali dobljene rezultate z ostalimi raziskavami. Prav tako ni bilo ugotovljenih razlik med nadzorom bolečine in zmanjšanjem bolečine ter starostjo.

**Ključne besede:** bolečina, dejavniki, ki vplivajo na bolečino, onkološki pacienti, ocenjevanje bolečine, doživljanje bolečine, medicinska sestra, lajšanje bolečine

## SUMMARY

**Background:** The occurrence of pain signals that something is happening in the body. The experience of pain is a complex human experience that affects the quality of a person's life, that is their physical, mental and social life.

**Aims:** The main objective of the diploma thesis was to determine behavioural patterns in female patients with cancer upon experiencing pain, the factors which effect their experiencing pain, and their means of managing pain.

**Method:** The study was based on an empirical quantitative non-experimental method of work using a structured survey. We used internationally recognised measuring instruments (Perceived meaning of cancer pain inventory - PMCPI, Biobehavioural pain profile, Control over pain using the self-efficacy subscale of CSQ). We included 103 women who had experienced breast cancer in the sample. We used MS Excel 2010 and SPSS 21.0 to analyse the results of the study. We used descriptive and bivariate statistics. For statistically important data we considered differences, where the degree of importance was at 0.05 or less.

**Results:** Most of the participants are receiving chemotherapy (31,9%), with the pain mostly lasting up to one year (35,7%). Participants listed being scared as the most common behavioural pattern (AV=5,4 SD=1,8), increased heart rate (AV=5,4 SD=1,9) and breathing difficulties (AV=5,03 SD=1,8). All the 22 studied factors affected the occurrence of pain, the most common among them were the sense of powerlessness (AV=5,5 SD=1,9) and hopelessness (AV=5,5 SD=2,2) as well as observing the pain of others (AV=5,4 SD=2,0). Daily pain was successfully managed in 45,6% of participant. We determined that pain management was statistically typically connected with age ( $p=0,01$ ) and education ( $p=0,022$ ). Pain effected sleep the most (AV=7,6 SD=3,02), and the relationships with other people the least (AV=4,8 SD=2,4). For 58,3% of participants, pain represents a challenge, while 49.5% believes that they can live with the pain and function as normally as can be expected.

**Discussion:** Our study reached similar results as those of foreign studies in which the participants, upon experiencing pain, listed fear, worry and, in some cases, depression. The differences, in comparison with our study, showed to be only regarding pain management, whereby in one of the studies that was carried out in New York, 53% of

patients evaluated their daily pain level to be at 8-10, while the cancer patients in our study evaluated that they experienced a lower level of pain. A study would need to be carried out in the various stages of treatment and during the course of the disease, so that the obtained results could be compared to other studies. Furthermore, there were not differences determined between the management of pain and decrease in pain and age.

**Keywords:** pain, factors which effect pain, oncology patient, evaluating pain, experiencing pain, nurse, pain relief

# KAZALO

<b>1 UVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL.....</b>	<b>3</b>
2.1 ONKOLOŠKA EPIDEMIOLOGIJA PRI ŽENSKAH .....	3
2.1.1 Definicija in fiziologija bolečine .....	4
2.1.2 Vrste bolečine .....	5
2.1.3 Zdravljenje bolečine .....	7
2.2 DOŽIVLJANJE BOLEČINE PRI PACIENTIH.....	9
2.2.1 Dejavniki, ki vplivajo na doživljanje bolečine pri pacientih z rakom.....	11
2.2.2 Ocenjevanje bolečine pri pacientih z rakom.....	14
2.2.3 Vloga medicinske sestre pri pacientovem doživljanju bolečine.....	15
<b>3 EMPIRIČNI DEL .....</b>	<b>18</b>
3.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA .....	18
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	18
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	19
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	19
3.3.2 Opis merskega instrumenta .....	19
3.3.3 Opis vzorca.....	20
3.3.4 Opis obdelave podatkov .....	21
3.4 REZULTATI.....	22
3.4.1 Vedenjski vzorci anketiranih pacientk z rakom ob doživljanju bolečine.....	23
3.4.2 Dejavniki, ki vplivajo na doživljanje bolečine pri anketiranih pacientkah z rakom.....	24
3.4.3 Nadzor nad bolečino pri pacientkah z rakom .....	25
3.4.4 Povezanost med demografskimi dejavniki in občutkom samonadzora bolečine pri pacientkah z rakom.....	26
3.4.5 Življenjske aktivnosti pacientk z rakom.....	33
3.4.6 Doživljanje lastne bolečine pri pacientkah z rakom.....	35
3.5 RAZPRAVA .....	38

<b>4 ZAKLJUČEK.....</b>	<b>44</b>
<b>5 LITERATURA.....</b>	<b>45</b>
<b>6 PRILOGE</b>	
6.1 INSTRUMENT	



## KAZALO TABEL

Tabela 1: Zdravljenje bolečine glede na njeno jakost .....	7
Tabela 2: Opis vzorca .....	21
Tabela 3: Način zdravljenja in trajanje bolečine .....	22
Tabela 4: Vedenjski vzorci anketiranih pacientk z rakom ob bolečini ter misli in dejanja, ki jih pacientke ob bolečini doživljajo .....	23
Tabela 5: Dejavniki, ki vplivajo na doživljanje bolečine .....	24
Tabela 6: Nadzor nad bolečino pri pacientkah z rakom .....	26
Tabela 7: Korelacijska matrika – nadzor in zmanjšanje bolečine – starost .....	27
Tabela 8: Nadzor nad bolečino in zakonski stan .....	27
Tabela 9: Zmanjšanje bolečine in zakonski stan .....	28
Tabela 10: Korelacijska matrika – nadzor in zmanjšanje bolečine – izobrazba .....	28
Tabela 11: Nadzor bolečine – veroizpoved .....	29
Tabela 12: Zmanjšanje bolečine – veroizpoved .....	30
Tabela 13: Izsek iz korelacijske matrike – nadzor in zmanjšanje bolečine – način zdravljenja.....	30
Tabela 14: Korelacijska matrika – nadzor in zmanjšanje bolečine – trajanje bolečine.	32
Tabela 15: Življenjske aktivnosti, ki so pacientkam z rakom odvzete oz. jih ne morejo opravljati.....	33
Tabela 16: Doživljanje lastne bolečine pri pacientkah z rakom .....	37

## 1 UVOD

»Bolečina je elementarna, univerzalna in hkrati osebna izkušnja. Njena osnovna doživljajska vsebina je neprijetnost, od blage nevšečnosti do skrajne agonije« (Kovačič, 2014, p. 7).

Kovačič (2014) navaja, da bolečina velja za neposredno zavestno izkušnjo človeka. Pri bolečini ne gre le za fizično in fiziološko dogajanje, zavzema tudi psihološki proces in psihološko stanje. Nanjo vplivajo čustveni, spoznavni, medosebni, socialni in kulturni dejavniki. Bolečina je skupek telesnega in duševnega trpljenja, ki zajema številna čustva, kot so žalost, potrtnost, melanholija, doživljanje izgube slovesa, praznine, včasih tudi hrepenenje, nostalgija (otožnost, domotožje), frustracija, ljubosumje, tesnoba, občutki izobčenosti, nesprejetosti ter osamljenosti.

Kronična bolečina omejuje pacientove vsakdanje aktivnosti, vpliva na družbeno življenje, družinsko vlogo, spanje, prosti čas ter osebne navade. Ima tudi negativen vpliv na ekonomski in socialni status (Dobnik, et al., 2013).

Svetovna zdravstvena organizacija meni, da je kakovost življenja pacientov z bolečino odvisna tudi od individualnega položaja posameznika, kulture, sistema, kjer živijo, ter od standardov in njihovih ciljev, h katerim stremijo (Gustavsson, et al., 2003, cited in Sabain, 2008).

»Bolečina je močno povezana z resno boleznijo, kar je za pacienta zelo hudo in ogroža njegovo življenje. Bolečina je pogost spremljevalec pacientov z rakom. Prisotna je pri približno eni četrtini pacientov z novo diagnosticirano rakavo boleznijo in pri treh četrtinah pacientov z napredovalo boleznijo« (Lahajnar, et al., 2008, p. 7).

Walker navaja, da ima medicinska sestra zelo pomembno vlogo pri pacientih, ki doživljajo bolečino, in sicer pri lajšanju simptomov, izobraževanju, podpori, sprejemanju bolezni, svetovanju ter njunem medsebojnem sodelovanju. Tudi raziskave kažejo, da je obravnava bolečine pri pacientih v kliničnih okoljih zelo pomembna, saj s

tem pacientom omogočimo čim bolj kakovostno življenje (Dobnik, et al., 2013).

V okviru raziskave smo želeli pridobiti podatke o doživljanju bolečine pri pacientkah z rakom skozi različne perspektive, in sicer doživljanje bolečine; posledice bolečine na življenje pacientk; dejavniki, ki vplivajo na doživljanje bolečine; občutek samonadzora nad bolečino.

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 ONKOLOŠKA EPIDEMIOLOGIJA PRI ŽENSKAH

Vertot (2010) navaja, da je rak eden najpogostejših vzrokov smrti v razvitem svetu ter skupno ime za več kot dvesto malignih bolezni. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije za rakom letno zbolijo več kot 10.000 prebivalcev, umre pa jih okrog 6.000. Po podatkih Registra raka Republike Slovenije (SLORA, n. d.) za rakom zbolijo okoli 6.000 žensk na leto, kar pomeni, da bo v prihodnosti od svojega 75. leta starosti predvidoma za rakom zbolela ena od treh žensk, umre pa jih okrog 2.500.

Po podatkih Državnega programa za obvladovanje raka ((DPOR), 2011) je pri ženskah na prvem mestu rak dojke (19,8 %), sledijo mu kožni rak, rak debelega črevesja in danke ter pljučni rak.

Primic Žakelj, Zadnik in Žagar (2013b) navajajo, da je leta 2009 v Sloveniji za rakom dojke zbolelo 1.128 žensk, 80 % po 50. letu starosti, z leti bo ta odstotek naraščal. Leta 2008 je po svetu za rakom na dojki zbolelo okrog 1,38 milijonov žensk (23 % vseh novih primerov raka). Incidenčna stopnja raka dojke je največja v zahodni Evropi (večja od 80/100.000), najmanjša pa v Afriki (19,3/100.000), rak dojke je najpogostejši vzrok smrti tako v razvitih kot v manj razvitih državah (Ferlay, 2010, cited in Primic Žakelj, et al., 2013b). Čeprav je tudi pri nas rak dojke najpogostejši ženski rak, se Slovenija uvršča v spodnjo polovico evropske lestvice, in sicer pod povprečje Evrope in Evropske zveze (Steliarova-Foucher, 2012, cited in Primic Žakelj, et al., 2013b).

V Evropi za kožnim rakom letno zbolijo več kot 50.000 ljudi, po svetu pa po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije od dva do tri milijone ljudi, od tega je 160.000 pacientov z melanomom. V Sloveniji je najpogostejši nemelanomski kožni rak. Leta 2006 je za nemelanomskim rakom zbolelo 916 žensk (89,6/100.000). Kožni melanom je v Sloveniji veljal za zelo redke rake, vendar se incidenčna stopnja povečuje. Leta 2006 je za melanomskim rakom zbolelo 199 žensk (19,5/100.000). Zaradi naraščanja incidence se umrljivost zaradi malignega melanoma počasi veča (Bilban, 2011).

Leta 2008 je za pljučnim rakom zbolelo več kot 1.607.000 ljudi na svetu, od tega 516.000 žensk (Ferlay, et al., 2008, cited in Primic Žakelj & Žagar, 2012). V Sloveniji se je pljučni rak pri ženskah povzpел na četrto mesto po pogostnosti, saj so leta 2008 zabeležili 310 novih primerov pljučnega raka pri ženskah (Incidenca, 2010, cited in Primic Žakelj & Žagar, 2012).

Za rakom debelega črevesja in danke je leta 2008 zbolelo 1.235.108 ljudi po svetu, od tega 203.185 žensk v Evropi. V Sloveniji je istega leta zbolelo 1.453 ljudi, od tega 626 žensk (61,0/100.000) (Primic Žakelj, et al., 2013a).

### 2.1.1 Definicija in fiziologija bolečine

Definicija bolečine iz leta 1992, ki jo navajata International Association for the study of Pain in American Pain Society, pravi: »Bolečina je neprijetna čutna in čustvena izkušnja, ki je posledica aktualne in potencialne poškodbe tkiva ali je nekaj, kar se lahko opiše z izrazom poškodba. Po tej definiciji je bolečina pojav, 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 doživljanje individualno« (McCaffery & Pasero, 1999, cited in Ščavničar, 2004, p. 101).

Ameriško združenje za negovalne diagnoze NANDA definira bolečino kot stanje, ko oseba doživlja in izraža močno neugodje in neprijetne občutke (Gordon, 2006).

Šmitek in Krist (2008) navajata, da bolečina ni le neprijetna izkušnja, ampak povzroča tudi trpljenje, če traja dolgo in ni zdravljena, to pa ogroža posameznikovo biopsihosocialno celovitost.

Pri bolečini gre za prenašanje bolečinskih signalov, in sicer zaznavanje bolečine poteka od nociceptorjev (receptorji za bolečino), ki so v perifernih tkivih, vse do osrednjega živčevja. Občutenje bolečine izzove dejavnost nemieliniziranih in nezadostno mieliniziranih senzornih nevronov, ki se vežejo skupaj z nevroni na zadnjem rogu

hrbtenjače. Nato čutilno sporočilo o bolečini potuje do talamusa in možganskega debla (Wulf & Baron, n. d.).

Nocicepcija – potek bolečine je sestavljen iz 4 procesov, in sicer (Dovšak, 2013):

- transdukcije (vzburljenje),
- transmisije (prenašanje),
- modulacije (zaviranje in spodbujanje) in
- percepcije (prenos v možgansko skorjo in priprava odgovora nanje).

Toni (2012) navaja, da gre pri transdukciji za prevajanje bolečinskih dražljajev v električne nociceptorje (so prosti živčni končiči, ki so v koži, mišicah in visceri). Hkrati se nociceptorji aktivirajo ali senzitivirajo iz poškodovanega tkiva, ki sprošča snovi. Transmisijo opiše kot prenašanje električnih signalov po nevronskih membranah. Dražljaji povzročijo vstop natrijevih in izstop kalijevih ionov in povzročijo depolarizacijo nevronov. Modulacija je prevajanje bolečinskega dražljaja v zadajšnjem rogu hrbtenjače med descendentskimi inhibitorskimi kanali in interneuroni. Nevroni, ki izhajajo iz talamusa in možganskega debla, sproščajo inhibitorne živčne prenašalce in ti zavirajo ekscitatorne živčne prenašalce iz primarnih aferentnih vlaken. Pri percepciji bolečine gre za rezultat nociceptivnih procesov, psiholoških in čustvenih odzivov, ki vplivajo na zaznavo bolečine.

### 2.1.2 Vrste bolečine

Bolečino delimo po različnih merilih. Po času trajanja ločimo v grobem akutno in kronično bolečino (JCAHO, 2001, cited in Božić, 2014). Kronično bolečino lahko delimo po jakosti ali po izvoru bolečinskega dražljaja na somatsko in visceralno. Kronično bolečino ločimo tudi glede na mehanizem nastanka, in sicer na nociceptivno in nevropatsko bolečino (Požlep, 2008).

Pri akutni bolečini gre za takojšnji odziv tkivne poškodbe (primeri akutne bolečine so opekline, ureznine, kirurški posegi, travme ter določene bolezni, ki trajajo od nekaj dni

do nekaj tednov). Pri akutni bolečini gre za stanje s predvidljivim začetkom, potekom in zaključkom (Lipkowski & Carr, 2002, cited in Kert & Tušek-Bunc, 2012).

Kronična bolečina traja od 3 do 6 mesecev ter vpliva na posameznikovo zaznavanje, fizično počutje, delovno zmogljivost ter čustva. Eden primerov takšne bolečine je bolečina pri pacientih z rakom; poleg tega so še bolečine pri artropatijah, poškodbah perifernih živcev in sladkorni bolezni. Nociceptivni sistem je pri kronični bolečini trajno aktiviran, bolečina se nadaljuje še potem, ko je predvideno celjenje že zaključeno. Občutek kronične bolečine ni le posledica okvare oz. poškodbe tkiva, ampak na bolečino vplivajo tudi posameznikove izkušnje s preteklo bolečino, dedna zasnova, trenutno psihično stanje, sociološki in kulturološki vplivi. Skupek vsega tega je kompleksna bolezen (Mackintosh & Elson, 2008, cited in Kert & Tušek-Bunc, 2012).

Tomažič in Grosek (2011) navajata, da somatska bolečina nastane kasneje v poteku bolezni, je omejena, ostra in stalna. Nastane z draženjem parietalnega peritoneja (primer somatske bolečine: ob perforaciji votlega organa).

»Visceralna bolečina je topa in difuzna bolečina, nastane kot posledica draženja avtonomnega živčevja v steni prebavil zaradi vnetja, raztezanja stene ali zaradi močne peristaltike. Visceralna bolečina je podobna krču, pacient je nemiren (primer visceralne bolečine: kolike pri čezmerni peristaltiki in kolike zaradi ledvičnih ali žolčnih kamnov)« (Tomažič & Grosek, 2011, p. 275).

Taverner (2011) označuje nociceptivno bolečino kot bolečino, ki deluje po načelu stimulus – odgovor, gre za relativno preprosto bolečino. Njeno fiziološko dogajanje je podobno akutni bolečini. Povzroči jo kronično draženje nociceptorjev v somatskih ali visceralnih tkivih. Primeri nociceptivne bolečine so: mišična bolečina, sklepna bolečina, določene komponente karcinomske bolečine ter tenzijski glavobol.

Nevropatska bolečina je posledica okvare centralnega ali perifernega živčevja, ki je povzročena zaradi bolezni ali poškodbe in vpliva na somatosenzorni sistem. Pri pacientih z nevropatsko bolečino gre za kombinacijo pozitivnih in negativnih

senzoričnih, motoričnih in avtonomnih simptomov (Koželj Rekanović & Tušek-Bunc, 2014).

### 2.1.3 Zdravljenje bolečine

»Bolečino lahko v 80 do 90 % primerov uspešno lajšamo z ustreznimi zdravili. Le redko se zgodi, da bolečine ne moremo ustrezno nadzirati z zdravili. Kako uspešno bo zdravljenje bolečine pri pacientih z rakom, je odvisno od znanja strokovnjakov in medsebojnega sodelovanja s pacientom in z njegovo družino« (Lahajnar-Čavlović, et al., 2008, p. 7).

#### *Farmakološko zdravljenje*

Svetovna zdravstvena organizacija je opredelila osnovna načela farmakološkega zdravljenja bolečine zaradi raka s pomočjo tristopenjske lestvice. Navaja, da je treba analgetike uporabljati glede na jakost bolečine. Ob pojavu nevropatske bolečine na vseh stopnjah je dovoljeno predpisati dodatna zdravila za zdravljenje bolečine. Pacient mora zdravila zaužiti v rednih časovnih presledkih (Kerec Kos, 2012).

**Tabela 1: Zdravljenje bolečine glede na njeno jakost**

Jakost bolečine	Blaga bolečina (vas 1-3)	Srednje močna bolečina (vas 4-7)	Zelo močna bolečina (vas 8-10)
Način zdravljenja bolečine	neopioidi + dodatna zdravila	srednje močni opioidi + opioidi + neopioidi	močni opioidi + neopioidi + dodatna zdravila

Vir: Lahajnar (2008, p. 90).

Primeri najpogostejših neopioidnih analgetikov sta paracetamol: spada med blage analgetike in antipiretike, nima antitrombotičnega učinka, uporabljamo ga za blaženje glavobolov in ostalih manjših bolečin ter za zniževanje povišane telesne temperature, lajša tudi simptome pri prehladu in gripi, skupaj z opioidnimi analgetiki pa je tudi primeren za lajšanje bolečine pri pacientih z rakom; metamizol natrij: deluje analgetično, spazmolitično in antipiretično, ima minimalno protivnetno delovanje. Zmanjšuje bolečino v osrednjem živčevju ter zavira možgansko ciklooksigenazo,



periferno pa zavira nastajanje prostaglandinov, ki spodbujajo nociceptorje (Hajdinja, 2014).

Opioidi so zdravila, za katera je značilno, da nimajo učinka zgornje meje, kar pomeni, da njihov učinek lahko povečujemo, dokler se bolečina ne zmanjša. Ločimo močne opioide (primeri: morfin, hidromorfon, oksikodon, fentanil, buprenorfin, metadon) ter šibke opioide (primeri: tramadol, kodein, dihidrokodein). Uporaba opioidov se priporoča, ko je zdravljenje bolečine z neopioidnimi analgetiki neuspešno (Kerec Kos, 2012).

Lahajnar (2008) navaja, da so dodatna zdravila s sekundarnim analgetičnim učinkom zdravila, ki jih lahko uporabljamo v vseh stopnjah lajšanja bolečine in so registrirana kot zdravila za zdravljenje drugih bolezni. Mednje sodijo: antikonvulzivi, uporabljajo se za zdravljenje epilepsije in nevropatičnih bolečin; antiaritmike uporabljamo pri zdravljenju v kirurgiji oz. anesteziologiji ter pri nevropatični bolečini pri pacientih z rakom; kortikosteroidi imajo protivnetni učinek, zato jih uporabljamo pri bolečinah, kjer je zaradi vnetja bolečina zelo močna; bisfosfonati se uporabljajo pri zdravljenju hiperkalcemije ter pri bolečinah zaradi raka.

### *Nefarmakološko zdravljenje*

»Nefarmakološko zdravljenje razdelimo na fizikalne, psihološke in ostale komplementarne ter alternativne metode (invazivne in neinvazivne) (Yurdanur, 2012, cited in Čaušević, 2008, p. 12). Z nefarmakološkim zdravljenjem povečujemo občutek kontrole, zmanjšamo občutek šibkosti, zmanjšujemo stres in tesnobo, osredotočenost na bolečino, s tem posledično potrebo po analgetiku, ter povečamo dejavnost in izboljšamo raven funkcionalne sposobnosti« (Running & Turmbeaugh, 2011, cited in Čaušević, 2008, p. 12; Yurdanur, 2012, cited in Čaušević, 2008, p. 12).

Marn-Vukodinović (2010) navaja, da je fizikalna terapija eden izmed nefarmakoloških ukrepov pri lajšanju bolečine. Poznamo več učinkovitih fizioterapevtskih ukrepov. Eden izmed fizioterapevtskih ukrepov, ki ima neposreden vpliv na lajšanje bolečine, je

masaža. Masaža vpliva na splošno sprostitvev, ublaži mišično napetost, zmanjša bolečino, poleg tega zmehča mehka tkiva, izboljša lokalni in splošni pretok krvi in mezge. Pri masaži gre za ročno masiranje površinskih mehkih tkiv in pri tem uporabljamo različne metode, kot so drgnjenje, gnetenje, valjanje, tolčenje. Masaža je varna metoda, njena uporaba je prepovedana nad malignomom, nad pacientovim vnetnim in poškodovanim področjem telesa, nad njegovim okvarjenim ožiljem ali takrat, ko obstaja nevarnost krvavitve. Druga metoda nefarmakološkega lajšanja bolečin je TENS. TENS je zdravljenje bolečine s površinskim protibolečinskim električnim draženjem živca. Gre za varno metodo in brez neželenih učinkov. TENS lajša predvsem nevropatsko bolečino, uporabljajo ga pri lajšanju vseh vrst akutne in kronične bolečine. Pri TENS-u z večjo jakostjo stimulacije pride do eferentnega draženja s krčenjem in sproščanjem mišic, kar je uporabno pri prenapetih mišicah. TENS uporabljamo z različnimi frekvencami, jakostmi in trajanjem impulzov draženja. Običajno se uporablja t. i. konvencionalni TENS, frekvenca impulzov znaša od 30 do 150 Hz, najpogosteje 100 Hz, impulz traja od 0,05 do 0,20 ms, pri tem pacient občuti blago mravljinčenje. Lahko pa uporabljamo tudi TENS z visokofrekvenčnimi izbruhi impulzov ali pa z nizkofrekvenčnim draženjem, npr. akupunktorni TENS.

»Cilj protibolečinskega zdravljenja je, da pacientu omogočimo boljšo kakovost življenja, da ima čim manj neželenih učinkov ter da nima hujših bolečin (VAS pod 3)« (Lahajnar, 2008, p. 12).

## 2.2 DOŽIVLJANJE BOLEČINE PRI PACIENTIH

Evropske raziskave kažejo, da vsaj polovica odrasle populacije vsaj enkrat v življenju trpi zaradi bolečine. Odstotek s starostjo močno narašča. Bolečino lahko štejemo kot koristno, ko je ta prisotna kot opozorilo in zaščita pred poškodbami. Po drugi strani pa lahko človeka požene v obup (Berčič, 2005).

Ščavničar (2004) meni, da je treba pri bolečini upoštevati dejavnike, ki vplivajo nanjo. Definira bolečinski prag, ki označuje potrebno količino bolečinskih dražljajev, ki so potrebni, da se bolečina začuti. Bolečinski prag je odvisen od posameznika kot osebe,

od življenjskega obdobja in stanja udobnosti. Sposobnost za prenašanje bolečine ali toleranca je najvišja jakost bolečine, ki jo posameznik še lahko prenese. Odvisna je od vsakega posameznika. Ščavničar (2004) poudari, da lahko strah pred bolečino zniža bolečinski prag zaradi posameznikove osrediščenosti na bolečino. Nezanjanje, negotovost (diagnoza) in neobveščenoost (obravnavo) 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 (Ščavničar, 2004). Poleg že omenjenih dejavnikov, ki vplivajo na bolečino, Pasquale (2008) navaja še druge vplivne dejavnike, in sicer: spol, starost, socialno-ekonomski status ter način življenja pred pojavom bolečine.

Pacienti s kronično bolečino so pogosto depresivni in anksiozni. Rus-Makovec (2010) povzema raziskavo, v kateri so ugotavljali, kolikšna je stopnja sočasnih depresivnih in anksioznih stanj. Rezultati so pokazali, da je bil delež pacientov z depresijo 59 %, anksioznih pa 55 %. Rezultati so tudi pokazali, da so bili pacienti z depresijo in bolečinami manj usmerjeni k iskanju pomoči, anksiozni pacienti pa so bili preveč obremenjeni s telesnimi simptomi (Rus-Makovec, 2010).

Raziskava o prevalenci in jakosti bolečine med oskrbovanci patronažnega varstva, ki je bila leta 2006 izvedena pri nas, je pokazala, da je pri večini pacientov bolečina nezadostno zdravljena, in sicer pri neonkoloških pacientih v 73 %, pri onkoloških pa v 31 %. Glavni vzrok naj bi bil neosveščenoost pacientov o jemanju opioidov (Lahajnar, et al., 2007).

Rezultati slovenske raziskave, ki je temeljila na doživljanju kronične bolečine pacientov z revmatoidnim artritisom, so pokazali, da imajo pacienti, ki jih spremljata strah in negotovost, do svoje bolezni pogosteje nasproten odnos, o svoji bolezni tudi ne govorijo radi. Pacienti, ki se dalj časa soočajo z boleznijo, izražajo tudi manjšo stopnjo vključevanja v socialno okolje kot ostali (Kregelj, 2015).

### 2.2.1 Dejavniki, ki vplivajo na doživljanje bolečine pri pacientih z rakom

V Izraelu je bila izvedena raziskava na 39 pacientih z rakom (Cohen, et al., 2005), ki so bili stari 65 in več let. Proučevali so njihovo doživljanje bolečine. Raziskava je zajemala intenzivnost bolečine, ublažitev bolečine, vpliv na bolečino, pogostost simptomov, znanje in odnos do bolečine ter nadzor nad njo. Rezultati so pokazali, da je 56,7 % anketiranih pogosto doživljalo hudo bolečino. Uspešnost zmanjšanja bolečine je bila zelo slaba le pri 56,4 % pacientov. Kot pogost simptom so pacienti navajali kronično utrujenost. Doživljanje hude bolečine je vplivalo na spanje, največji vpliv pa je imelo na življenje in opravljanje vsakodnevnih dejavnosti. Omenjena raziskava je pokazala, da je potreba po zdravljenju že pri zelo blagi bolečini velika. Znanje pacientov o bolečini je bilo slabo, prav tako tudi odnos in njeno obvladovanje. Rezultati kažejo, da bolj izobraženi pacienti lažje prenašajo bolečino ter se prav tako tudi lažje soočajo z njo. Pomembno je tudi spoznanje, da bo treba v Izraelu izboljšati način obvladovanja bolečine pri pacientih z rakom.

Edrington (2007) je v svojem doktorskem delu na vzorcu Kitajcev, živečih v Ameriki, ki so zboleli za rakom, pripravila kritični pregled in analizo raziskav o njihovem doživljanju bolečine. Navaja, da je bolečina subjektivna izkušnja, na katero vplivajo številni dejavniki. Večina analiziranih raziskav je ocenila psihološko in čustveno dimenzijo kot pomembni izkušnji bolečine. Večina pacientov se je pri doživljanju hude bolečine, ki je vplivala na njihove dnevne aktivnosti in razpoloženje, odzvala blago. Podatkov o vplivu kognitivnih in socialno kulturnih dimenzij na doživljanje bolečine je, kot še ugotavlja avtorica, zelo malo. Manjše skupine, živeče v Ameriki, med njimi so tudi Kitajci, so v večji nevarnosti za doživljanje hude bolečine zaradi neprimerne odnosa do bolečine, in sicer zaradi kulture oz. običajev, ki jih uporabljajo ob doživljanju bolečine. Kar 60 % pacientov ob pojavu bolečine ni bilo deležnih pravičnega zdravljenja. Ob doživljanju bolečine je veliko pacientov vzporedno doživljalo depresijo in strah. Prav tako še ugotavlja, da so pacienti z depresijo in anksioznimi motnjami, med katerimi so tudi verniki, doživljali ostrejšo bolečino kot ostali. Bolečina je znak napredovanja bolezni, zato avtorica navaja, da je treba ljudi usmeriti v bolnišnice, kjer so deležni pravičnega zdravljenja oz. lajšanja bolečine.

Na Tajskem (Lukkahatai, 2004) so izvedli raziskavo na pacientih z rakom, v kateri so proučevali nadzor nad bolečino in njen vpliv na življenjske aktivnosti ter prepričanja in razumevanja o bolečini. V raziskavo je bilo vključenih 265 pacientov z rakom, od tega 65 % žensk in 35 % moških, starih od 18 do 91 let, iz treh različnih zdravstvenih institucij (univerzitetna bolnišnica, splošna bolnišnica ter onkološki inštitut). 63,8 % je imelo osnovnošolsko izobrazbo, 12,1 % ni bilo šolanih, 0,4 % je imelo univerzitetno izobrazbo. 66 % anketiranih je bilo poročenih in več kot polovica je imela službo. Večina je bilo budistov. Delež pacientov, ki so v času zdravljenja prejeli kombinacijo kemoterapije in obsevanja, je bil največji. Majhen odstotek pacientov, 7,2 %, je prejelo le kirurško zdravljenje.

V omenjeni raziskavi so uporabili tudi vprašalnik o razumevanju bolečine, in sicer je največji odstotek pacientov navedel, da jim pojav bolečine pomeni napredovanje bolezni, kar jim vzbuja občutek zaskrbljenosti ter željo po opustitvi zdravljenja. Prav tako so na razumevanje bolečine vplivali tudi številni okolijski dejavniki, kot so: mediji (radio, televizija), različne zgodbe o rakavem obolenju prijateljev, strah, sodelovanje z medicinsko sestro. Anketiranci so navajali, da so zaradi doživljanja bolečine izgubili različne sposobnosti, upanje v boljšo prihodnost, samospoštovanje, velik del anketiranih se je zaprlo vase in so se počutili izolirane. Velik pomen dajejo veri, ker le z molitvijo in prošnjami upajo na boljše. Bolečina jim je vzela voljo do življenja, druženja ter opravljanja dnevnih dejavnosti. Zaradi napredovanja bolezni, ki se kaže s hudo bolečino, želijo živeti naprej in v vsakodnevnem življenju delovati čim bolje, se soočiti z resnico. Bolečina večini predstavlja velike težave v življenju. Težave imajo pri vsakodnevnem delu, razpoloženju in spanju. Z doživljanjem bolečine je večina pacientov spremenila odnos do življenja in se začela zavedati njegovega pomena.

Snoj in Ličina (2002) v pregledu literature ugotavljata, da tretjina vseh pacientov z rakom kaže znake depresije in velja za najpogostejši psihiatrični zaplet. Simptomi depresije se kažejo kot potrnost, brezupnost, zaskrbljenost, občutki nemoči, anksioznost, nesposobnost. Rezultati navajajo, da je večina pacientov z rakom močno motiviranih in si želi čim prej vrniti v službo, vendar se kaže precejšnja diskriminacija pacientov z rakom na delovnem mestu, zato so nekateri odstavljani ali odpuščeni. Prav tako se

srečujejo tudi s težavami v socialnem življenju (v vlogi partnerja, družinskega člana, prijatelja).

Grošelj (2013) pove, da je že sama beseda rak v njej sprožila duševne reakcije, ki so seveda močno vplivale na medosebne in socialne odnose. Doživljala je jezo, žalost, strah, izgubila je stik sama seboj, podvomila o vlogi matere in žene. Prav tako se je ob izgubi dojke morala sprijazniti s spremenjeno telesno podobo. Spremljala jo je tudi negotovost pred ponovitvijo bolezni, strah pred minljivostjo. Preizkušnjo je doživela tudi pri vključevanju v delovno in socialno okolje. Po drugi strani pa se je zavedala, da se je ob tako hudi preizkušnji spremenila in osebnostno dozorela. Spremenila je pogled na življenje, v ospredje je postavljala drugačne vrednote, vse, kar se ji je zdelo težko, je postalo manj pomembno.

V raziskavi, kjer so ugotavljali povprečno jakost bolečine in oviro bolečine pri vsakdanjih dejavnostih, razpoloženju, hoji, običajnih opravilih, odnosih z ljudmi, spanju in uživanju življenja pri pacientkah po biopsiji bezgavk in odstranitvi bezgavk, so rezultati pokazali, da je 39,7 % pacientk navajalo bolečino in 24,1 % jih je imelo bolečino, ki jih je precej ali zelo ovirala pri vsakdanjih dejavnostih, razpoloženju, hoji, običajnih opravilih, odnosih z ljudmi, spanju in uživanju življenja (Lahajnar-Čavlovič, 2007).

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana, na oddelku za interno onkologijo, je bila izvedena raziskava, ki je zajemala 5 pacientk z rakom dojke. Raziskava je temeljila na opisovanju občutkov in čustev pacientk v obdobju prvega zdravljenja, informacij o zdravljenju, kakovosti življenja ter potreb po čustveni podpori. Rezultati so pokazali, da v obdobju prvega zdravljenja raka dojke pacientke doživljajo strah, najbolj so bile obremenjene s strahom pred neznanim, strah je bil pogojen z nepoznavanjem bolezni, saj so le 3 od petih vedele nekaj o bolezni in načinu zdravljenja. Prisoten je bil tudi strah pred spremenjeno telesno podobo. Tesnoba se je pojavila pri postavitvi diagnoze. Glede kakovosti življenja so rezultati pokazali, da so se pacientke ves čas spraševale o smislu življenja in smislu bolezni. Nekatere so se zatekle k veri, druge pa sprijaznile z boleznijo drugače. Vse pa so upale v ozdravitev. Po končanem zdravljenju se je pri

večini pacientk samozavest okrepila in negativna čustva umirila. Tudi strah se je zmanjšal. Čeprav se je občasno pojavljal (ob kontrolnih pregledih, ponovitvi bolezni). Vse pa so skušale živeti vsak dan posebej, kakovostno, polno, in prikriti negativna čustva, čeprav so se zavedale, da obstaja možnost ponovitve bolezni (Ličen, et al., 2008).

### 2.2.2 Ocenjevanje bolečine pri pacientih z rakom

Pri izražanju doživljanja bolečine gre za subjektivno in individualno izkušnjo, vsak pacient sam pove, kako močna je bolečina (Šmitek & Krist, 2008). Za ocenjevanje pacientovega doživljanja bolečine uporabljamo različne lestvice za ocenjevanje bolečine in njenega lajšanja ter vprašalnike, s pomočjo katerih dobimo še informacije o pacientovi kvaliteti bolečine in vplivu na njegovo fizično in psihično funkcioniranje (Krčevski Škvarč, 2008). Pri določanju jakosti bolečine uporabljamo preproste enodimenzionalne lestvice, ki omogočajo hitro, preprosto in jasno določanje intenzitete bolečine. Najpogosteje se uporablja vizualna analogna lestvica, številčno ter besedno opisna lestvica. Način ocenjevanja bolečine je odvisen od pacientovega splošnega stanja, starosti, izobraženosti in cilja ocenjevanja bolečine (Svilenković, 2007).

Vizualno analogna lestvica (VAL) – The visual analogue scale (VAS) – je veljavno orodje za merjenje bolečine v nekem trenutku. VAS-lestvice se pogosto uporabljajo za razne študije in zdravstvene preizkušnje oz. kot orodje za ugotavljanje zdravstvenega indeksa pacienta. VAS-lestvica je 10 cm dolga črta, ki je označena na obeh koncih z vsebinskim opisom, in sicer se začne z 0, kar pomeni, da bolečina ni prisotna, sredina lestvice označuje blago bolečino, 10 pa pomeni zelo močno bolečino pri pacientu. Pacienti s pomočjo VAS-lestvice povedo oz. ponazorijo pogostost in intenzivnost njihove bolečine (Kersten, et al., 2014).

Besedno opisna lestvica je sestavljena iz besed, ki opisujejo jakost bolečine. Besede, razvrščene na lestvici, ponazarjajo intenziteto bolečine pri pacientu, in sicer od stopnje brez bolečin pa vse do najhujše stopnje možne bolečine. Besedno opisna lestvica je zelo preprosta in hitra za uporabo. Tudi njeno razumevanje za pacienta je zelo enostavno in

uspešno. Primerne so tudi za paciente z omejenimi kognitivnimi sposobnostmi (Kamenik, 2008).

Številčna lestvica za ocenjevanje bolečine ima razpon števil od 0 do 10 ali pa od 0 do 100, pri čemer 0 pomeni, da bolečina ni prisotna, največje število na lestvici pa ponazarja najhujšo možno bolečino (Žižek & Saie, 2011).

Vedenjska lestvica bolečine – The behavioural pain scale (BPS) je potrjena lestvica oz. orodje za ocenjevanje bolečine pri pacientih, ki niso zmožni govorno oceniti svojo bolečino, pogosto pri sadiranih pacientih. Vedenjska lestvica vključuje tri komponente, in sicer »izraz na obrazu«, »gibanje zgornjega dela telesa« ter »mehansko prezračevanje« v skladnosti s prezračevanjem in jakostjo. Pacientovo vedenje je v vsakem področju opredeljeno z oceno od 1 do 4, ki daje skupno oceno od 3, kar pomeni, da bolečina ni prisotna, do 12, kar označuje največjo možno bolečino (Chanques, et al., 2009).

Vedenjska lestvica bolečine se je razvila za uporabo pri kritično bolnih pacientih. Preko ocenjevanja vedenja, ki ga lestvica vključuje, lahko z mimiko obraza, gibanjem zgornjega dela telesa in z dihalno skladnostjo ocenimo prisotnost bolečine (Helms & Barone, 2016).

»Critical care« orodje za ocenjevanje bolečine – The critical care Pain Observation tool (CPOT) je orodje za ocenjevanje bolečine preko štirih komponent, in sicer zajema »izraz na obrazu«, »gibanje telesa«, »mišično napetost« in »skladnost z ritmom dihanja«. Vsako področje je opredeljeno z oceno od 0 do 2. Na koncu lestvice se sešteje skupek točk s posameznega področja in dobljena vsota predstavlja oceno bolečine pacienta (Gélinas, et al., 2006).

### 2.2.3 Vloga medicinske sestre pri pacientovem doživljanju bolečine

Uspešnost zdravljenja bolečine pri pacientu z rakom je odvisna predvsem od znanja strokovnjakov ter uspešnega medsebojnega sodelovanja. Pacient mora biti ustrezno



klinično pregledan. Pri pregledu pacienta z bolečino je treba upoštevati predvsem oceno resnosti bolečine, ki je izhodišče nadaljnjega dela (Lahajnar, et al., 2008). Ustrezno lajšanje bolečine pri pacientu z rakavim obolenjem se ocenjuje kot mera jakosti bolečine, samega pacientovega zadovoljstva z zdravljenjem (z odpravo bolečine) ali s pomočjo indeksov obravnave bolečine (Krčevski Škvarč, 2008). Cilj zdravljenja bolečine je bolečino omejiti na stopnjo sprejemljivosti oz. jo preprečiti. Bolečina, ki je napačno obravnavana, povzroča nezmožnost opravljanja vsakodnevnih dejavnosti, nespečnost, depresijo, izgubo teka in vse to vodi k slabši kakovosti življenja (Kert & Tušek-Bunc, 2012).

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2014) opozarja, da mora delovanje izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe temeljiti na odločitvah, ki pacientu krepijo, ohranjajo in obnavljajo zdravje, spoštujejo življenje in delujejo v smeri lajšanja bolečin ter trpljenja pacienta.

Pungartnik in Janiš (2013) navajata, da ocenjevanje bolečine predstavlja izhodišče za ugotavljanje potreb pacienta po zdravstveni negi, ki jo nudi medicinska sestra kot osnovo pomoči pri obravnavi pacienta z bolečino. Njena naloga je tudi soodgovornost za zadovoljstvo ter psihofizično in socialno ugodje pacienta, ki je ob pojavu bolečine spremenjeno.

Pomembno vlogo kot član skupine ali tima ima medicinska sestra, ki obravnava pacienta, ki trpi za bolečino. Odnos med njima je soodvisen. Uporablja izkušnje ostalih članov tima in jim poroča svoje izkušnje ter predstavi tekoče probleme, ki vsebujejo popravek načrta za obravnavo (Ščavničar, 2004). Skupaj s pacientom ocenjuje pojav bolečine. Pomembno je, da se pri ocenjevanju pojava bolečine vzpostavi zaupen odnos. Zaupen odnos mora biti hiter in pogost v oteženih okoliščinah. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri poslušanju pacienta, problem mora vzeti resno in zmanjšati bolečino ali kakorkoli vplivati na trpljenje. Treba je vplivati na strah, ki bolečino spremlja pred smrtjo (napoved), da se hkrati zmanjša jakost bolečine. Doživljanje bolečine je subjektivno. »Natančno jo lahko oceni le pacient, čeprav jo mora ocenjevati tudi medicinska sestra. Ocena pojava bolečine v zdravstveni negi pripomore do

zaključka o naravi bolečine. Prepozna bolečino, njen verjeten vzrok, znake in simptome bolečine, oceni možne vire za obravnavo in jo ocenjuje glede na fizični, psihosocialni in duhovni vidik. To lahko razložimo, da je obvezna razlaga pacientovega fiziološkega stanja to, kar pove z besednim in nebesednim izražanjem, in seveda okoliščin, ki vplivajo na pojav bolečine. Pacientovo sodelovanje je pomembno. Sodeluje, če more in če hoče. Cilj je doseči odnos vzajemnosti ali medsebojne povezanosti. Pacient ocenjuje jakost bolečine (skala), svoje občutke, odzive na intervencije, odnos pri kronični bolečini ter vpliv na kakovost njegovega življenja in življenjskega sloga« (Ščavničar, 2004, p. 107). To so dejavniki, ki so zelo pomembni pri ocenjevanju bolečine. Tudi Buchanan, et al. (2014) navajajo, da je izražanje občutkov, odzivov na intervencije ter vplivanje bolečine na opravljanje vsakodnevnih dejavnosti zelo pomembno pri ocenjevanju bolečine.

»Temeljne vrednote in etnična načela so v zdravstveni negi skrb za ohranitev zdravja in življenja ljudi, spoštovanje pacientovih pravic, vrednot v zdravstvenem sistemu, enakosti, solidarnosti in strokovne etike. Celostna obravnava pomeni humano obravnavo pacienta s psihičnega, telesnega ter socialnega vidika. Temelji na aktivnem in partnerskem vključevanju pacienta v proces zdravstvene nege« (Filej, et al., 2000, cited in Jošt, 2006, p. 57).

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA

Namen diplomskega dela je opredeliti doživljanje bolečine pri pacientkah z rakom skozi različne perspektive – doživljanje bolečine; posledice bolečine na življenje pacientke; dejavniki, ki vplivajo na doživljanje bolečine; občutek samonadzora nad bolečino.

Cilji diplomskega dela so ugotoviti:

- vedenjske vzorce pacientk z rakom ob bolečini;
- dejavnike, ki vplivajo na doživljanje bolečine pri pacientkah z rakom;
- obvladovanje bolečine pri pacientkah z rakom;
- povezanost med demografskimi dejavniki (spol, starost, izobrazba, pripadnost veroizpovedi) in občutkom samonadzora bolečine;
- vpliv doživljanja bolečine pri pacientkah z rakom na življenjske aktivnosti;
- doživljanje bolečine pri pacientkah z rakom.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kakšni so vedenjski vzorci pacientk z rakom ob bolečini?
2. Kateri dejavniki vplivajo na doživljanje bolečine?
3. V kolikšni meri pacientke z rakom nadzirajo bolečino?
4. Kakšna je povezanost med demografskimi dejavniki in občutkom samonadzora bolečine pri pacientkah z rakom?
5. Katere življenjske aktivnosti so pacientkam z rakom ob doživljanju bolečine odvzete oz. jih ne mora opravljati?
6. Kako pacientke z rakom doživljajo lastno bolečino?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na empirični kvantitativni neeksperimentalni metodi dela. V empiričnem delu je bila uporabljena anketna metoda raziskovanja. V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo s pregledom domače in tuje strokovne literature, strokovnih člankov in internetnih virov z obravnavanega področja. Pregled strokovne in znanstvene literature je potekal oktobra 2014 v bazah podatkov: Cobiss, Cinahl, Springer Link, Proquest, Obzornik zdravstvene nege, Google učenjak. Pri zbiranju literature smo bili pozorni na leto objave ter na verodostojnost podatkov.

Za iskanje literature smo uporabili ključne besede v slovenskem jeziku: bolečina, dejavniki, ki vplivajo na bolečino, onkološki pacienti, ocenjevanje bolečine, doživljanje bolečine, medicinska sestra, lajšanje bolečine; v angleškem pa: cancer pain, experience cancer pain, nurse, pain experience.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Tehnika zbiranja podatkov je bilo anketiranje. V raziskavi smo uporabili del vprašalnika iz doktorskega dela avtorice Lukkahatai (2004). Avtorica je v svoj vprašalnik vključila več uveljavljenih instrumentov. V naši raziskavi smo uporabili le nekatere, in sicer: Perceived meaning of cancer pain inventory-PMCPPI (Chen, 1999, cited in Lukkahatai, 2004, p. 97); Biobehavioral pain profile (Cleeland, 1988, cited in Lukkahatai, 2004, pp. 89-90); Control over pain using the self-efficacy subscale of CSQ (Rosenstiel & Keefe, 1983, cited in Lukkahatai, 2004, p. 99). Vprašalnik je bil sestavljen iz petih vsebinskih sklopov, in sicer: demografski podatki, doživljanje bolečine, bio-vedenjski profil bolečine, nadzor nad bolečino, vpliv bolečine na življenjske aktivnosti. Prvi sklop demografskih vprašanj je zajemal 5 vprašanj zaprtega tipa ter 2 vprašanja odprtega. Drugi sklop vprašalnika je vseboval 14 trditev, ki so se navezovale na doživljanje bolečine pri pacientkah z rakom (lestvica PMCPPI). Pri tem je bila uporabljena Likertova lestvica stališč od 0–4, pri čemer 0 pomeni sploh se ne strinjam, 4 popolnoma se

strinjam. Tretji sklop vprašalnika o bio-vedenjskem profilu bolečine (lestvica Biobehavioral pain profile) je bil sestavljen iz dveh delov: 1. del vsebuje 8 trditev, drugi pa 22. Uporabljena je bila Likertova lestvica stališč od 0 do 7, pri čemer 0 pomeni nikoli, 7 pa večino časa. V četrtem sklopu vprašalnika smo merili zmožnost nadziranja bolečine (lestvica CSQ). Za dve trditvi smo uporabili Likertovo lestvico od 0 do 6, pri čemer 0 pomeni sploh nimam nadzora/ne morem zmanjšati bolečine, 6 pa imam popoln nadzor/jo popolnoma zmanjšam. Peti sklop vprašalnika je vseboval 7 trditev o vplivu bolečine na življenjske aktivnosti. Pri tem so anketiranci na Likertovi lestvici od 0 do 10 ocenili njihov vpliv bolečine na posamezne aktivnosti, pri čemer 0 pomeni, da bolečina ni vplivala na posamezne aktivnosti, 10 pa je imela popoln vpliv. Za analizo zanesljivosti odgovorov v vprašalniku smo uporabili Cronbachov koeficient alfa.

Vrednost Cronbach koeficienta alfa je za lestvico PMCPPI znašala 0,940, za lestvico bio-vedenjski profil bolečine pa 0,901, kar v strokovni literaturi pomeni, da gre za dobro zanesljivost vprašalnika (Cencič, 2009).

### 3.3.3 Opis vzorca

V diplomskem delu smo uporabili neslučajnostni namenski vzorec vseh pacientk z rakom, ki so vključene v Slovensko združenje za boj proti raku dojk – Europa Donna. Europa Donna je samostojna organizacija, ki združuje pacientke z rakom. Vse osebe, ki so sodelovale v anketi, so bile seznanjene z namenom anketiranja ter vsemi podatki, ki so jih potrebovale. Članice Slovenskega združenja Europa Donna smo nagovorili preko spletne strani Slovenskega združenja za boj proti raku dojk, kjer smo objavili vprašalnik, njihove Facebook strani ter po e-pošti članic. Pridobili smo 103 izpolnjene vprašalnike.

V vzorcu prevladujeta dve starostni skupini, in sicer od 31 do 40 let in od 41 do 50 let (62,2 %). Dobro polovico predstavljajo poročene ženske (55,9 %), sledijo tiste, ki živijo s partnerjem (27,5 %). Po izobrazbi 33 % vzorca predstavljajo ženske s poklicno/srednješolsko izobrazbo, sledijo anketiranke z univerzitetno (30,1%) in

višješolsko/visokošolsko (28,2 %). Glede na veroizpoved je dobra polovica katoličank (55,3 %), sledijo ateistke (23,3 %) (tabela 2). Povprečna starost anketirank z rakom znaša 45,9 let (SO = 12,1).

**Tabela 2: Opis vzorca**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Skupaj</b>	<b>103</b>	<b>100 %</b>
<b>Starost</b>		
do 30 let	14	13,6
31-40 let	32	31,1
41-50 let	32	31,1
51-60 let	16	15,5
61 let in več	9	8,7
<b>Status</b>		
samski/a	10	9,8
poročen/a	57	55,9
živim skupaj s partnerjem/-ko	28	27,5
ločen/a	7	6,9
<b>Izobrazba</b>		
Osnovnošolska	4	3,9
poklicna/srednješolska	34	33,0
višješolska/visokošolska	29	28,2
Univerzitetna	31	30,1
Magisterij	2	1,9
Doktorat	3	2,9
<b>Veroizpoved</b>		
Katoliški	57	55,3
Pravoslavni	7	6,8
»new age« duhovnosti	14	13,6
sem ateist, nobeni	24	23,3
drugo: samoprirejani katoliški	1	1,0

n = število odgovorov, % = odstotek

### 3.3.4 Opis obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo v obdobju od junija do avgusta 2015, po predhodni pridobitvi soglasja Komisije za medicinsko etiko Republike Slovenije ter Slovenskega združenja za boj proti raku dojk – Europe Donne za izvedbo raziskave. Pripravili smo spletni vprašalnik, ki smo ga posredovali Slovenskemu združenju za boj proti raku dojk ter ga objavili na Facebook strani Europe Donne, njihovi spletni strani ter posredovali po e-pošti članicam. Anketirankam je bila zagotovljena anonimnost, sodelovanje pri izpolnitvi vprašalnika pa je bilo prostovoljno.

Vprašalniki so bili prvič uporabljeni v našem prostoru, zato smo pri prevodu upoštevali

usmeritve za pripravo strokovnega prevoda in uporabo vprašalnika v slovenskem jeziku. Pred izvedbo raziskave smo pridobili soglasje Komisije za medicinsko etiko Republike Slovenije in predsednice društva Europe Donne, Mojce Senčar.

Rezultate raziskave smo analizirali s programoma MS Excel 2010 ter v SPSS 21.0. Uporabili smo metode opisne statistike (frekvence, odstotki srednje vrednosti, najmanjša in največja vrednost, povprečna vrednost, standardni odklon) ter Kolmogorov-Smirnov in Shapiro-Wilk test, Spearmanov korelacijski koeficient, Pearsonov hi-kvadrat test. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

### 3.4 REZULTATI

V tabeli 3 so zbrani podatki o načinu zdravljenja in trajanju bolečine. Največji delež anketirank se zdravi s kemoterapijo (31,9 %), sledi kirurško zdravljenje (29,6 %) in radiološko zdravljenje (26,3 %). Pri največjem deležu anketiranih pacientk z rakom bolečina traja do enega leta (35,7 %), sledi trajanje bolečine od enega do vključno dveh let in nad dve do vključno treh let (19,4%).

**Tabela 3: Način zdravljenja in trajanje bolečine**

	n	%
<b>Način zdravljenja (več možnih odgovorov)</b>		
Kemoterapija	86	31,9
Kirurško zdravljenje	80	29,6
Radiološko zdravljenje	71	26,3
Drugo	4	1,5
Hormonska terapija	20	7,4
Biološka zdravila	9	3,3
<b>Trajanje bolečine</b>		
Do vključno eno leto	35	35,7
Nad eno do vključno dve leti	19	19,4
Nad dve do vključno tri leta	19	19,4
Nad tri do vključno štiri leta	9	9,2
Nad štiri do vključno pet let	4	4,1
Nad pet let	12	12,2

n = število odgovorov, % = odstotek

### 3.4.1 Vedenjski vzorci anketiranih pacientk z rakom ob doživljanju bolečine

V tabeli 4 so prikazani rezultati bio-vedenjskega profila bolečine, in sicer kakšni so vedenjski vzorci pacientk z rakom ob bolečini. Vedenjske vzorce pacientk smo ugotavljali s trditvami o dejanjih ali mislih, ki jih imajo pacientke ob doživljanju bolečine. Za določitev ustrezne srednje vrednosti smo preverili porazdelitev podatkov, in sicer statistično s Kolmogorov-Smirnovim in Shapiro-Wilkovim testom ter grafično s pregledom histogramov.

**Tabela 4: Vedenjski vzorci anketiranih pacientk z rakom ob bolečini ter misli in dejanja, ki jih pacientke ob bolečini doživljajo**

Trditve	N	PV	SO	MIN	MAKS
Odpovedala sem diagnostični sestanek.	92	1,67	1,293	1	7
Odpovedala sem sestanek z namenom zdravljenja.	91	1,77	1,461	1	7
Pospešeno dihanje.	87	4,82	1,729	1	6
Oteženo dihanje.	86	5,03	1,844	1	7
Pospešeno bitje srca.	86	5,37	1,934	1	7
Nekaj strašnega se dogaja.	88	4,77	1,574	1	7
Tumor raste.	87	4,68	1,795	1	7
Prestrašen sem.	88	5,38	1,828	1	7

n = število anketirancev; PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, MIN = najmanjša vrednost, MAKS = največja vrednost, 0 = nikoli, 7 = večino časa

Najvišja povprečna vrednost znaša pri trditvi »Prestrašen sem« (PV = 5,38 SO = 1,828). Z nekoliko nižjo povprečno vrednostjo sledi trditev »Pospešeno bitje srca«. Najnižja povprečna vrednost je prisotna pri prvi trditvi »Odpovedala sem diagnostični sestanek«, ki znaša 1,67, sledi trditev »Odpovedala sem sestanek z namenom zdravljenja« s povprečno vrednostjo 1,77. Iz rezultata lahko razberemo naslednje vedenjske vzorce pacientk, in sicer pri občutku prestrašenost mediana znaša 5, prav tako tudi pri pogostem doživljanju pospešenega bitja srca (Me = 5). Pri doživljanju pospešenega in oteženega dihanja ter pri pomisleku na to, da se dogaja nekaj strašnega ter da tumor raste, znaša mediana 4. Pri trditvah »Odpovedala sem diagnostični sestanek« in »Odpovedala sem sestanek z namenom zdravljenja« mediana znaša 0, kar pomeni, da pacientke z rakom zelo redko odpovedo diagnostični sestanek in sestanek z namenom zdravljenja (tabela 4).



### 3.4.2 Dejavniki, ki vplivajo na doživljanje bolečine pri anketiranih pacientkah z rakom

V tabelah 4–6 smo ponazorili rezultate iz bio-vedenjskega profila bolečine iz 2. sklopa, in sicer kateri dejavniki vplivajo na doživljanje bolečine. Dejavnike, ki vplivajo na doživljanje bolečine pacientk, smo analizirali s trditvami o osebnih dejavnikih. Na raziskovalno vprašanje smo odgovorili z izračunom srednje vrednosti. Za določitev ustrezne srednje vrednosti smo preverili porazdelitev podatkov, in sicer statistično s Kolmogorov-Smirnovim in Shapiro-Wilkovim testom ter grafično s pregledom histogramov.

**Tabela 5: Dejavniki, ki vplivajo na doživljanje bolečine**

Trditve	n	PV	SO	MIN	MAKS
Zgodbe o raku in bolečini, ki so jih mi povedali prijatelji oz. moja družina.	88	4,13	1,522	1	6
Izkušnje bolečine ob raku s strani družine.	88	4,20	1,570	1	7
Splošne izkušnje o bolečini s strani družine.	87	4,22	1,497	1	6
Opis medicinske sestre o tem, kakšna bo vaša bolečina.	88	3,83	1,280	1	6
Opis zdravnika o tem, kakšna bo vaša bolečina.	88	3,85	1,419	1	7
Izraz na obrazu medicinske sestre, ko vas sprašuje o vaši bolečini.	88	3,60	1,218	1	6
Izraz na obrazu zdravnika, ko vas sprašuje o vaši bolečini.	88	3,60	1,291	1	6
Literatura (revije, časopisi, knjige), radio, tv.	88	4,27	1,574	1	7
Opazovanje bolečine drugih.	88	5,38	2,047	1	7
Preteklo in trenutno medicinsko/kirurško/diagnostično zdravljenje.	86	4,26	1,573	1	7
Nisem dobil/a dovolj protibolečinskih zdravil.	85	3,15	1,644	1	7
Nejasnost glede prihodnosti.	84	4,31	1,707	1	7
Prepričanje, da se bolečine ne da nadzorovati.	85	3,94	1,499	1	6
Občutki popačenja lastne podobe.	85	3,60	1,706	1	6
Občutki ujetosti.	85	4,82	1,935	1	7
Občutki izgube nadzora.	85	4,53	1,855	1	6
Občutki izgube samozavesti.	84	4,01	1,833	1	7
Občutki izgube identitete.	85	2,91	1,485	1	6
Občutki izgube vloge matere, očeta, moža, žene.	85	4,07	2,115	1	7
Občutki nemoči.	85	5,53	1,868	1	7
Občutki brezupa.	85	5,47	2,152	1	7
Občutki izolacije.	84	4,35	1,936	1	7

n = število anketirancev; PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, MIN = najmanjša vrednost, MAKS = največja vrednost, 0 = nikoli, 7 = večino časa

Do trditev se je opredelilo največ 88 anketirank in najmanj 84. Največja povprečna vrednost znaša 5,53 (SO 1,868), in sicer pri izražanju občutka nemoči pri doživljanju bolečine pacientk z rakom. Sledijo občutki brezupa, opazovanje bolečine drugih,

občutki ujetosti in izguba nadzora. Najmanjša povprečna vrednost znaša 2,91 (SO 1,485), in sicer pri trditvi »Občutki izgube identitete«, sledi trditev »Nisem dobila dovolj protibolečinskih zdravil« s povprečno vrednostjo 3,15 (SO 1,644). Najvišji standardni odklon se je pojavil pri trditvi »Občutki brezupa«, najnižji pa pri »Izrazu na obrazu medicinske sestre, ko sprašuje pacienta o bolečini«. Najmanjša vrednost je bila pri vseh trditvah 1, največja pa se je gibala med 7 in 8.

Ugotavljamo, da podatki niso normalno porazdeljeni, zato smo kot ustrezno srednjo vrednost izračunali mediano (Me). Najpogosteje, (Me = 5), vplivajo na doživljanje bolečine trije dejavniki, in sicer opazovanje bolečine drugih, občutki nemoči, občutki brezupa. Kar 12 dejavnikov je takih, ki vplivajo redko (Me = 3) in imajo torej manjši vpliv. Ti so zgodbe o raku in bolečini, ki so jih povedali prijatelji oz. pacientova družina, izkušnje bolečine ob raku s strani družine, splošne izkušnje o bolečini s strani družine, opis medicinske sestre o tem, kakšna bo bolečina, opis zdravnika o tem, kakšna bo bolečina, izraz na obrazu medicinske sestre, ko sprašuje o bolečini, izraz na obrazu zdravnika, ko sprašuje bolečini, preteklo in trenutno medicinsko/kirurško/diagnostično zdravljenje, prepričanje, da se bolečine ne da nadzorovati, občutki popačenja lastne podobe, občutki izgube samozavesti ter občutki izolacije. Dva dejavnika vplivata zelo redko (Me = 2), in sicer ni dobila dovolj protibolečinskih zdravil, občutki izgube identitete. O preostalih petih dejavnikih so pacientke neodločene, ali ti vplivajo ali ne.

Lahko torej rečemo, da večina proučevanih dejavnikov vpliva na doživljanje bolečine, kaže pa se razlika v pogostosti vplivanja.

### 3.4.3 Nadzor nad bolečino pri pacientkah z rakom

Preverjali smo tudi, v kolikšni meri pacientke z rakom nadzirajo bolečino. Nadziranje bolečine smo preverjali z dvema vprašanjem – dnevni nadzor in možnost dnevnega zmanjšanja bolečine. Na raziskovalno vprašanje smo odgovorili z izračunom srednje vrednosti. Za določitev ustrezne srednje vrednosti smo preverili porazdelitev podatkov, in sicer statistično s Kolmogorov-Smirnovim in Shapiro-Wilkovim testom ter grafično s pregledom histogramov (tabela 6).

Na vprašanje »Koliko nadzora nad bolečino menite, da ste imeli danes?« je največ anketirank, in sicer 24 (23,3 %), odgovorilo, da je na dan anketiranja imelo popoln nadzor nad bolečino. Z odstotkom manj, to je 22,3 % oz. 23 anketirank, je dnevni nadzor nad bolečino ocenilo z 2. Najmanjši odstotek vprašanih pa predstavlja ocena 5, in sicer s 3 (2,9 %) anketirankami.

Pri vprašanju »V kolikšni meri ste danes lahko zmanjšali bolečino?« se je največji delež anketirank odločilo za oceno 2, in sicer 21 (20,4 %), sledita oceni 3 in 6, s 17 (16,5 %) anketirankami. Najmanjši delež anketirank predstavlja ocena 0, kar pomeni nič nadzora, s 4 (3,9 %) anketirankami.

**Tabela 6: Nadzor nad bolečino pri pacientkah z rakom**

Trditve	n	PV	SO	MIN	MAKS
Koliko nadzora nad bolečino menite, da ste imeli danes?	86	4,37	1,934	0	6
V kolikšni meri ste danes lahko zmanjšali bolečino?	86	4,33	1,792	0	6

n = število anketirancev; PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, MIN = najmanjša vrednost, MAKS = največja vrednost, 0 = brez nadzora, 3 = nekaj nadzora, 6 = popoln nadzor

#### 3.4.4 Povezanost med demografskimi dejavniki in občutkom samonadzora bolečine pri pacientkah z rakom

Proučevali smo tudi nadzor nad bolečino z dvema vprašanjema – dnevni nadzor in možnost dnevnega zmanjšanja bolečine. Kot demografske dejavnike smo obravnavali starost, zakonski status, izobrazbo, veroizpoved, način zdravljenja, trajanje bolečine.

##### *Nadzor in zmanjšanje bolečine ter starost*

V tabeli 7 sta obe spremenljivki ordinalni, zato smo povezanost med njima preverjali s Spearmanovim korelacijskim koeficientom.

**Tabela 7: Korelacijska matrika – nadzor in zmanjšanje bolečine – starost**

		Koliko nadzora nad bolečino menite, da ste imeli danes?	V kolikšni meri ste danes lahko zmanjšali bolečino?	Starost_razredi
Koliko nadzora nad bolečino menite, da ste imeli danes?	$r_s$	1,000	,792**	,383**
	p		,000	,000
	n	86	86	86
V kolikšni meri ste danes lahko zmanjšali bolečino?	$r_s$	,792**	1,000	,388**
	p	,000		,000
	n	86	86	86
Starostne skupine	$r_s$	,383**	,388**	1,000
	p	,000	,000	
	n	86	86	103

$r_s$  = Spearmanov korelacijski koeficient; p = statistična pomembnost: p < 0,05, n = število anketirancev

Ugotavljamo, da je nadzor nad bolečino statistično značilno povezan s starostjo (p = 0,01). V obeh primerih nadzora bolečine je povezanost pozitivna in po moči šibka. Pozitivna povezanost vsebinsko pomeni, da imajo starejši anketiranci večji nadzor nad bolečino kot mlajši in obratno.

#### *Nadzor in zmanjšanje bolečine ter zakonski stan*

Ugotavljali smo povezanost med ordinalno in nominalno spremenljivko, zato smo uporabili Pearsonov hi-kvadrat test. Spremenljivko zakonski stan smo preoblikovali v dve kategoriji, saj v primeru osnovnih kategorij rezultat hi-kvadrat testa zaradi premajhnih frekvenc v določenih celicah ne bi bil kakovosten.

**Tabela 8: Nadzor nad bolečino in zakonski stan**

Koliko nadzora nad bolečino menite, da ste imeli danes?		Status		Skupaj
		samski ali ločeni	poročeni ali živijo s partnerjem	
Nič do malo nadzora.	n	6	29	35
	%	46,2 %	40,3 %	41,2 %
Nekaj nadzora.	n	1	17	18
	%	7,7 %	23,6 %	21,2 %
Veliko do popolni nadzor.	n	6	26	32
	%	46,2 %	36,1 %	37,6 %
Skupaj	n	13	72	85
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %

n = število odgovorov, % = odstotek

Enak delež samskih ali ločenih ima bodisi nič do malo nadzora bodisi veliko do popolni nadzor (46,2 %). Medtem ko ima največji delež poročenih ali živečih s partnerjem nič

do malo nadzora (40,3 %), sledi delež tistih z veliko do popolnim nadzorom (36,1 %) (tabela 8). Pri obeh zakonskih stanovih je delež tistih z nekaj nadzora najmanjši. Pearsonov hi-kvadrat test kaže, da med spremenljivkama ni statistično značilne povezanosti (hi-kvadrat = 1,705,  $p = 0,426$ ).

**Tabela 9: Zmanjšanje bolečine in zakonski stan**

V kolikšni meri ste danes lahko zmanjšali bolečino?		Status		Skupaj
		samski ali ločeni	poročeni ali živijo s partnerjem	
Nič do malo nadzora.	n	6	27	33
	%	46,2 %	37,5 %	38,8 %
Nekaj nadzora.	n	1	16	17
	%	7,7 %	22,2 %	20,0 %
Veliko do popolni nadzor.	n	6	29	35
	%	46,2 %	40,3 %	41,2 %
Skupaj	n	13	72	85
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %

n = število odgovorov; % = odstotek

Enak delež samskih ali ločenih anketirank ima bodisi nič do malo nadzora bodisi veliko do popolni nadzor (46,2 %). Medtem ko ima največji delež poročenih ali živečih s partnerjem veliko do popolni nadzor (40,3 %), sledi delež tistih z nič do malo nadzora (37,5 %) (tabela 9). Pri obeh statusih je delež tistih z nekaj nadzora najmanjši. Pearsonov hi-kvadrat test kaže, da med spremenljivkama ni statistično značilne povezanosti (hi-kvadrat = 1,467,  $p = 0,480$ ). Na rezultat hi-kvadrat testa lahko vpliva občutno manjši vzorec samskih ali ločenih ( $n = 13$ ) v primerjavi s poročenimi ali živečimi s partnerjem ( $n = 72$ ).

#### *Nadzor in zmanjšanje bolečine ter izobrazba*

Ker sta obe vključeni spremenljivki ordinalni, smo povezanost med njima preverjali s Spearmanovim korelacijskim koeficientom (tabela 10).

**Tabela 10: Korelacijska matrika – nadzor in zmanjšanje bolečine – izobrazba**

		Koliko nadzora nad bolečino menite, da ste imeli danes?	V kolikšni meri ste danes lahko zmanjšali bolečino?	Izobrazba
Koliko nadzora nad bolečino menite, da ste imeli danes?	$r_s$	1,000	,792**	-,247*
	P		,000	,022
	N	86	86	86

		Koliko nadzora nad bolečino menite, da ste imeli danes?	V kolikšni meri ste danes lahko zmanjšali bolečino?	Izobrazba
V kolikšni meri ste danes lahko zmanjšali bolečino?	r <sub>s</sub>	,792**	1,000	-,335**
	P	,000		,002
	N	86	86	86
Izobrazba	r <sub>s</sub>	-,247*	-,335**	1,000
	P	,022	,002	
	N	86	86	103

rs= Spearmanov korelacijski koeficient; p= statistična pomembnost: p<0,05, n= število anketirancev

Ugotavljamo, da je nadzor nad bolečino statistično značilno povezan z izobrazbo (p = 0,022), prav tako pa tudi zmanjšanje bolečine (p = 0,002). V obeh primerih nadzora bolečine je povezanost negativna in po moči šibka. Negativna povezanost vsebinsko pomeni, da imajo bolj izobraženi manjši nadzor nad bolečino kot manj izobraženi in obratno.

#### *Nadzor in zmanjšanje bolečine ter veroizpoved*

Tudi tu smo preverjali povezanost med ordinalno in nominalno spremenljivko, zato smo uporabili Pearsonov hi-kvadrat test. Rezultat hi-kvadrat testa podajamo zgolj informativno, saj zaradi prenizkih frekvenc v določenih celicah pravoslavne in 'new age' duhovnosti ni dovolj dober za kakovostno statistično sklepanje.

**Tabela 11: Nadzor bolečine – veroizpoved**

Koliko nadzora nad bolečino menite, da ste imeli danes?		Kateri veroizpovedi pripadate?				Skupaj
		katoliški	pravoslavni	»new age« duhovnosti	sem ateist, nobeni	
Nič do malo nadzora.	n	13	4	11	7	35
	%	27,7 %	66,7 %	78,6 %	38,9 %	41,2 %
Nekaj nadzora.	n	12	1	2	3	18
	%	25,5 %	16,7 %	14,3 %	16,7 %	21,2 %
Veliko do popolni nadzor.	n	22	1	1	8	32
	%	46,8 %	16,7 %	7,1 %	44,4 %	37,6 %
Skupaj	n	47	6	14	18	85
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

n = število odgovorov; % = odstotek

Največji delež katolikov (46,8 %) in ateistov (44,4 %) ima velik do popolni nadzor nad bolečino, medtem ko ima največji delež pravoslavne (66,7 %) in 'new age' (78,6 %) veroizpovedi nič do malo nadzora nad bolečino (tabela 11). Pearsonov hi-kvadrat test

kaže, da sta spremenljivki statistično značilno povezani (hi-kvadrat = 14,206,  $p = 0,027$ ) – a zaradi 41,7 % celic s prenizkimi frekvencami rezultat obravnavamo zgolj informativno.

**Tabela 12: Zmanjšanje bolečine – veroizpoved**

V kolikšni meri ste danes lahko zmanjšali bolečino?		Kateri veroizpovedi pripadate?				Skupaj
		katoliški	pravoslavni	»new age« duhovnosti	sem ateist, nobeni	
Nič do malo nadzora.	n	14	3	12	4	33
	%	29,8 %	50,0 %	85,7 %	22,2 %	38,8 %
Nekaj nadzora.	n	9	2	1	5	17
	%	19,1 %	33,3 %	7,1 %	27,8 %	20,0 %
Veliko do popolni nadzor.	n	24	1	1	9	35
	%	51,1 %	16,7 %	7,1 %	50,0 %	41,2 %
Skupaj	n	47	6	14	18	85
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

n = število odgovorov, % = odstotek

Največji delež katolikov (51,1 %) in ateistov (50,0 %) ima velik do popoln nadzor nad zmanjšanjem bolečine, medtem ko ima največji delež pravoslavne (50,0 %) in 'new age' (85,7 %) veroizpovedi nič do malo nadzora nad bolečino (tabela 12). Pearsonov hi-kvadrat test kaže, da sta spremenljivki statistično značilno povezani (hi-kvadrat = 18,910,  $p = 0,004$ ) – a zaradi 41,7 % celic s prenizkimi frekvencami rezultat obravnavamo zgolj informativno.

#### *Nadzor in zmanjšanje bolečine ter način zdravljenja*

Ker preverjamo povezanost med ordinalno in dihodontnimi spremenljivkami, smo povezanost preverjali s Spearmanovim korelacijskim koeficientom.

**Tabela 13: Izsek iz korelacijske matrike – nadzor in zmanjšanje bolečine – način zdravljenja**

		Koliko nadzora nad bolečino menite, da ste imeli danes?	V kolikšni meri ste danes lahko zmanjšali bolečino?
Kemoterapija	$r_s$	-,221*	-,151
	p	,042	,168
	n	85	85
Kirurško zdravljenje	$r_s$	,331**	,305**
	p	,002	,005

		<b>Koliko nadzora nad bolečino menite, da ste imeli danes?</b>	<b>V kolikšni meri ste danes lahko zmanjšali bolečino?</b>
	n	85	85
Radiološko zdravljenje	$r_s$	-,123	-,193
	p	,263	,077
	n	85	85
Drug način zdravljenja	$r_s$	,004	,110
	p	,974	,318
	n	85	85
Hormonska terapija	$r_s$	,246*	,182
	p	,023	,094
	n	86	86
Biološka zdravila	$r_s$	,213*	,244*
	p	,049	,023
	n	86	86

$r_s$  = Spearmanov korelacijski koeficient; p = statistična pomembnost: p < 0,05, n = število anketirancev

Ugotavljamo, da je nadzor nad bolečino statistično značilno povezan s štirimi od šestih načinov zdravljenja:

- v treh primerih gre za pozitivno in šibko povezanost –nadzor nad bolečino je torej večji v primeru kirurškega zdravljenja, hormonske terapije in bioloških zdravil;
- v enem primeru gre za negativno in šibko povezanost –nadzor nad bolečino je torej manjši v primeru zdravljenja s kemoterapijo (tabela 13).

Povezanost je v primeru kirurškega zdravljenja statistično značilna pri stopnji 0,01, v ostalih treh primerih pa pri stopnji 0,05. Ugotavljamo, da je nadzor nad zmanjševanjem bolečine statistično značilno povezan z dvema od šestih načinov zdravljenja.

V obeh primerih gre za pozitivno in šibko povezanost – torej nadzor nad zmanjševanjem bolečine je večji v primeru kirurškega zdravljenja in bioloških zdravil. Povezanost je v primeru kirurškega zdravljenja statistično značilna pri stopnji 0,01, v primeru bioloških zdravil pa pri stopnji 0,05.

#### *Nadzor in zmanjšanje bolečine ter trajanje bolečine*

Ker sta obe vključeni spremenljivki ordinalni, smo povezanost med njima preverjali s Spearmanovim korelacijskim koeficientom.



**Tabela 14: Korelacijska matrika – nadzor in zmanjšanje bolečine – trajanje bolečine**

		<b>Koliko nadzora nad bolečino menite, da ste imeli danes?</b>	<b>V kolikšni meri ste danes lahko zmanjšali bolečino?</b>	<b>Trajanje bolečine_v letih_razredi</b>
Koliko nadzora nad bolečino menite, da ste imeli danes?	r <sub>s</sub>	1,000	,792**	,103
	p		,000	,355
	n	86	86	83
V kolikšni meri ste danes lahko zmanjšali bolečino?	r <sub>s</sub>	,792**	1,000	,164
	p	,000		,139
	n	86	86	83
Trajanje bolečine_v letih_razredi	r <sub>s</sub>	,103	,164	1,000
	p	,355	,139	
	n	83	83	98

rs = Spearmanov korelacijski koeficient; p = statistična pomembnost: p < 0,05, n = število anketirancev

Ugotavljamo, da nadzor in zmanjšanje bolečine nista statistično značilno povezana s trajanjem bolečine ( $p > 0,05$ ) (tabela 14). Proučevani demografski podatki so statistično pomembno povezani s spremenljivkama, merjenima z vprašanjema »Koliko nadzora nad bolečino menite, da ste imeli danes?« in »V kolikšni meri ste danes lahko zmanjšali bolečino?«. Z analizo smo dokazali statistično pomembno pozitivno povezanost pri spremenljivki starost ( $p = 0,355$  in  $p = 0,139$ ), z višanjem starosti se viša tudi nadzor nad bolečino in zmanjšanje bolečine. Glede na spremenljivko izobrazba smo ugotovili negativno statistično značilno povezanost ( $p = 0,022$ ,  $p = 0,002$ ). Višja kot je izobrazba, manjši je nadzor nad bolečino in zmanjšanjem bolečine. Tudi demografska spremenljivka veroizpoved je povezana s spremenljivkama nadzor bolečine ( $p = 0,027$ ) in zmanjšanje bolečine, ( $p = 0,004$ ), največji delež »new age« duhovnosti in pravoslavcev ima nič do malo nadzora nad bolečino in zmanjšanjem bolečine. Največji delež katoličanov in ateistov ima veliko nadzora oz. popoln nadzor nad bolečino in zmanjšanjem bolečine. Tudi nekateri načini zdravljenja (kemoterapija, kirurško zdravljenje, hormonska terapija, biološka zdravila) so pozitivno ali negativno povezani s spremenljivko nadzor nad bolečino. Če se pogostost zdravljenja s kemoterapijo večja, se nadzor nad bolečino manjša. Če se povečuje pogostost zdravljenja kirurško, s hormonsko terapijo ali biološkimi zdravili, se nadzor nad bolečino povečuje. S spremenljivko zmanjšanje bolečine je povezano le kirurško zdravljenje ( $p = 0,01$ ) in uživanje bioloških zdravil ( $p = 0,05$ ). Če se povečuje pogostost kirurškega zdravljenja ali uporabe bioloških zdravil, se povečuje zmanjšanje bolečine. Povezanosti med

spremenljivkama status in nadzor nad bolečino ter zmanjšanje bolečine pa ne ugotovimo.

Povezanost glede na spremenljivki nadzor nad bolečino in zmanjšanje bolečine ugotovimo skoraj pri vseh demografskih spremenljivkah, kar pomeni, da številni demografski dejavniki na neki način pripomorejo (vplivajo) k občutku nadzora nad bolečino pri pacientkah z rakom. Eni pozitivno, drugi negativno.

### 3.4.5 Življenjske aktivnosti pacientk z rakom

Zanimalo nas je tudi, katere življenjske aktivnosti so pacientkam z rakom ob doživljanju bolečine odvzete oz. jih ne more opravljati, kot prikazuje tabela 15. Vpliv bolečine na življenjske aktivnosti smo preverjali za aktivnosti v zadnjih 24 urah. Aktivnosti so bile ocenjevanje z mersko lestvico od 0 do 10, pri čemer 0 pomeni, da ni nič vplivala, 10 pa da je imela popoln vpliv, zato bomo na raziskovalno vprašanje odgovorili z izračunom srednje vrednosti. Za določitev ustrezne srednje vrednosti smo preverili porazdelitev podatkov, in sicer statistično s Kolmogorov-Smirnovim in Shapiro-Wilkovim testom ter grafično s pregledom histogramov

**Tabela 15: Življenjske aktivnosti, ki so pacientkam z rakom odvzete oz. jih ne morejo opravljati**

Trditve	N	PV	SO	MIN	MAKS
Splošne aktivnosti.	85	5,85	2,476	1	9
Razpoloženje.	84	6,00	2,666	1	10
Sposobnost za delo.	84	6,10	2,642	1	10
Hišna in gospodinjska opravila.	84	6,01	2,510	1	10
Odnos z drugimi ljudmi.	84	4,76	2,413	1	10
Spanje.	84	7,57	3,019	1	11
Veselje do življenja.	84	5,75	3,245	1	11

n = število anketirancev; PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, MIN = najmanjša vrednost, MAKS = največja vrednost, 0 = ni vpliva, 10 = popoln vpliv

Bolečina najbolj vpliva na spanje (PV = 7,57, SO = 3,019), najmanj pa na odnos z drugimi ljudmi (PV = 4,76, SO = 2,413). Glede ostalih aktivnosti so pacientke o vplivu bolečine neodločene. Bolečine nad nobeno aktivnostjo nimajo popolnega vpliva, zato jim nobena aktivnost ni v celoti odvzeta.

Rezultati kažejo, da se je na prvo trditev »splošne aktivnosti« največ anketirank odločilo za oceno 5, in sicer 20 (19,4 %) anketirank. Sledi ocena 7 z 18 (17,5 %) anketirankami. Nobena izmed anketirank ni podala ocene 9 in 10.

Anketiranke so ocenjevale, kolikšen je vpliv bolečine na »razpoloženje«, in sicer največji delež anketirank predstavlja ocena 5, in sicer z 20 (19,4 %) anketirankami, sledi ocena 7 z 18 (17,5 %) anketirankami. Nobena izmed anketirank ni ocenila vpliva bolečine na razpoloženje z 9 in 10.

Pri vplivu bolečine na »sposobnost za delo« se je največ anketirank odločilo za oceno 5, to je 16 (15,5 %) anketirank, sledi ocena 8 z anketirankami manj (14,6 %). Nobena ni podala ocene 9 in 10.

Pri vplivu bolečine na »hišna in gospodinjska opravila« rezultati pokažejo, da se je največ anketirank odločilo za oceno 5, in sicer 18 (17,5 %) anketirank, sledi ocena 7 s 15 (14,6 %) anketirankami. Nobena ni podala ocene vpliva bolečine z 10, kar pomeni popoln vpliv.

Pri trditvi kolikšen je vpliv bolečine na »odnos z drugimi ljudmi« ocena 4 predstavlja največji delež anketirank, to je 15 (14,6 %), sledita oceni 0 in 5 s 14 (13,6 %) anketirankami. Nobena ni ocenila vpliva bolečine na odnos z drugimi ljudmi z 10.

Pri trditvi vpliv bolečine na »spanje« rezultati pokažejo, da se je največ anketirank odločilo za oceno 9, in sicer 26 (25,2 %), sledi ocena 8 s 15 (14,6 %) anketirankami. Nobena pa vpliva bolečine na spanje ni ocenila z oceno 3.

Na trditev vpliv bolečine »veselja do življenja« največji delež predstavlja ocena 0, z 12 (11,7 %) anketirankami, sledita oceni 2 in 9 z 10 (9,7 %). Najmanjši delež pa predstavlja ocena 1 s 4 (3,9 %) anketirankami.

### 3.4.6 Doživljanje lastne bolečine pri pacientkah z rakom

Postavili smo si tudi vprašanje, kako pacientke z rakom doživljajo lastno bolečino (tabela 16). Doživljanje bolečine pacientk smo merili z ocenjevanjem 14 trditev, ki izražajo misli ljudi ob bolečini. Za določitev ustrezne srednje vrednosti smo preverili porazdelitev podatkov, in sicer statistično s Kolmogorov-Smirnovim in Shapiro-Wilkovim testom ter grafično s pregledom histogramov.

Trditev »Bolečina mi onemogoča opravljanje vsakodnevnih opravil« je največ anketirank ocenilo z oceno 2, kar pomeni delno se strinjam, in sicer 35 (34 %) anketirank, sledi ocena 3 z 21 (20,4 %) anketirankami. Najmanjši delež predstavlja ocena 4 s 5 (4,9 %) anketirankami.

Trditev »Zaradi bolečine izgubljam svoje dostojanstvo« je največ anketirank ocenilo z 2, in sicer 35 (34 %) anketirank, sledi ocena 3, z 21 (20,4 %) anketirankami. Najmanjši delež predstavlja ocena 4 s 5 (4,9 %) odgovori.

Rezultati kažejo, da je trditev »Zaradi bolečine ne uživam v življenju« kar 40 (38,8 %) anketirank ocenilo z oceno 3, sledi ocena 2 z 20 (19,4 %) anketirankami. Najmanj anketirank, in sicer 9 (8,7 %) se je odločilo za oceno 1.

Trditev »Zaradi bolečine ne zmorem obvladovati stvari, ki se dogajajo okoli mene« je največ anketirank ocenilo z oceno 3, 39 (37,9 %) anketirank, sledi ocena 2 z 21 (20,4 %) anketirankami. Najmanjši delež predstavlja ocena 4 s 6 (5,8 %) odgovori.

Trditev »Zaradi bolečine ne morem več sodelovati v enakih družabnih aktivnostih kot sem nekoč«, ocenjena s 3, predstavlja s 46 (44,7%) anketirankami najvišji odstotek. Sledi ocena 2 z 20 (19,4 %) odgovori. Najvišja možna ocena, to je 4, s 7 (6,8 %) anketirankami predstavlja najmanjši delež odgovorov.

Rezultati kažejo, da je trditev »Zaradi bolečine razmišljam, da je bolezen napredovala« največ anketirank ocenilo z oceno 3, to je 44 (42,7 %) anketirank, sledi ocena 2 s 16

(15,5 %) anketirankami. Najmanj jih pa predstavlja ocena 4, z 8 (7,8 %) anketirankami.

Pri trditvi »Zaradi bolečine razmišljam, da morda ne bom živela dolgo« največji delež predstavlja ocena 3, s 40 (38,8 %) anketirankami, sledi ocena 2 z 22 (21,4 %). Najmanj anketirank je trditev ocenilo z oceno 4, le 4 (3,9 %) anketiranke.

Rezultati kažejo, da je za trditev »Skrbi me, da bo bolečina napredovala do te mere, da je z nobenimi zdravili ne bo več moč nadzorovati« največje število anketirank podalo oceno 2, to je 33 (32 %) anketirank, sledi ocena 3 z 1 anketiranko manj (31,1 %). Najmanj anketirank se je odločilo za oceno 4, in sicer le 2 (1,9 %).

Za trditev »Verjamem, da lahko živim z bolečino in delujem, kolikor je mogoče normalno« je kar 51 (49,5 %) anketirank podalo oceno 4, kar pomeni popolnoma se strinjam, sledi ocena 3 z 22 (21,4 %) anketirankami. Najmanj anketirank se je odločilo za oceno 0, in sicer 4 (3,9 %).

Trditev »Verjamem, da lahko moji zdravniki in medicinske sestre ozdravijo ali nadzorujejo mojo bolečino« je največ anketirank, in sicer 36 (35 %), ocenilo z 2, sledi ocena 3 s 25 (24,3 %) anketirankami. Najmanj se jih je odločilo za oceno 0, to so 3 (2,9 %).

Rezultati kažejo, da je za trditev »Moja bolečina je zame izziv in moram se soočiti z njo« več kot polovica anketirank, in sicer 60 (58,3 %), podalo oceno 4, kar pomeni popolnoma se strinjam, sledi ocena 3 z 18 (17,5 %) anketirankami. Najmanj anketirank je podalo oceno 0, kar pomeni, da se ne strinjajo.

Trditev »Zaradi bolečine spoznavam, da sem tako neznosen/a« je največji delež anketirank ocenil s 3, in sicer 34 (33 %), sledi ocena 2 z 22 (21,4 %) anketirankami. Najmanj se jih je odločilo za oceni 0 in 1, in sicer 11 (10,7 %) anketirank.

Trditev »Moja bolečina mi omogoča, da se soočim s problematiko življenja in smrti« je največ anketirank ocenilo z oceno 4, in sicer 39 (37,9 %). Sledi ocena 3 z 21 (20,4 %)

anketirankami. Najmanj se jih je odločilo za oceno 0, to je 8 (7,8 %).

Rezultati so pokazali, da je za trditve »Zaradi bolečine se zavedam omejitev življenja« največji delež anketirank podalo oceno 3, in sicer 38 (36,9%), sledi ocena 4 z 21 (20,4 %) anketirankami. Najmanjši delež anketirank predstavlja ocena 0 s 6 (5,8 %) odgovori.

**Tabela 16: Doživljanje lastne bolečine pri pacientkah z rakom**

Trditve	n	PV	SO	MIN	MAKS
Bolečina mi onemogoča opravljanje vsakodnevnih opravil.	93	2,56	1,202	1	4
Zaradi bolečine izgubljam svoje dostojanstvo.	92	1,82	1,148	1	4
Zaradi bolečine ne uživam v življenju.	92	2,27	1,214	1	4
Zaradi bolečine ne zmorem obvladovati stvari, ki se dogajajo okoli mene.	92	2,12	1,194	1	4
Zaradi bolečine ne morem več sodelovati v enakih družabnih dejavnostih, kot sem nekoč.	92	2,35	1,094	1	4
Zaradi bolečine razmišljam, da je bolezen napredovala.	92	2,27	1,178	1	4
Zaradi bolečine razmišljam, da morda ne bom živel/a dolgo.	91	2,11	1,149	1	4
Skrbi me, da bo bolečina napredovala do te mere, da je z nobenimi zdravili ne bo več moč nadzorovati.	92	1,98	1,069	1	4
Verjamem, da lahko živim z bolečino in delujem, kolikor je mogoče normalno.	92	3,21	1,115	1	4
Verjamem, da lahko moji zdravniki in medicinske sestre ozdravijo ali nadzorujejo mojo bolečino.	92	2,49	1,032	1	4
Moja bolečina je zame izziv in moram se soočiti z njo.	90	3,41	1,037	1	4
Zaradi bolečine spoznavam, da sem tako neznošen/a.	91	2,30	1,216	1	4
Moja bolečina mi omogoča, da se soočim s problematiko življenja in smrti.	91	2,80	1,335	1	4
Zaradi bolečine se zavedam omejitev življenja.	91	2,66	1,128	1	4

n = število anketirancev; PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, MIN = najmanjša vrednost, MAKS = največja vrednost, 0 = sploh se ne strinjam, 1 = nekaj malega se strinjam, 2 = delno se strinjam, 3 = v veliki meri se strinjam, 4 popolnoma se strinjam

Ugotavljamo, da največjemu deležu anketirank bolečina predstavlja izziv in se morajo soočiti z njo (Me = 3,41), prav tako tudi večji delež (Me = 3,21) anketirank meni, da lahko živijo z bolečino in delujejo, kolikor je mogoče normalno. V zelo majhni meri pa anketiranke ocenjujejo, da kljub doživljanju bolečine ne izgubljajo svojega dostojanstva (Me = 1,82) in tudi ne razmišljajo o tem, da je bolečina tako močno napredovala, da je ni moč nadzorovati z zdravili (Me = 1,98).

### 3.5 RAZPRAVA

V naši raziskavi smo najprej ugotavljali, kakšni so vedenjski vzorci pacientk z rakom ter njihove misli in dejanja ob doživljanju bolečine.

Rezultati so pokazali, da pacientke ob doživljanju bolečine nikoli ne odpovedo sestanka z namenom zdravljenja in tudi diagnostičnega sestanka z namenom zdravljenja ne. Največ pacientk je ob doživljanju bolečine prestrašenih, srce jim pospešeno bije in dihanje je oteženo. Lukkahatai (2004) je v svoji doktorski nalogi prišla do podobnih rezultatov. Le 10 % anketirank je odpovedalo sestanek z namenom zdravljenja 12 % anketirank diagnostični sestanek z namenom zdravljenja, prav tako meni, da je največ pacientov ob doživljanju bolečine prestrašenih in ob tem pomislijo, da se v njih dogaja nekaj strašnega. Conner-Spady, et al. (2014) navajajo, da je prav bolečina tista, zaradi katere pacienti poiščejo medicinsko pomoč, saj jim povzroča nekvalitetno življenje, onemogočene so jim dnevne aktivnosti, socialno življenje, težave imajo s spanjem, postajajo čedalje bolj depresivni in vznemirjeni.

Raziskava, ki je bila izvedena v Združenih državah Amerike med pacientkami z rakom na dojki ter na ostalih ginekoloških mestih pri ženskah, je pokazala, da je najpogostejši vedenjski vzorec vsakodnevna zaskrbljenost pacientk (Wu Salence, et al., 2013). Tudi Colagiuri, et al. (2011) so izvedli raziskavo v Avstraliji med 874 pacientkami z rakom na jajčniku, ki je pokazala, da je bolečina najpogostejši simptom med pacientkami, ki je povezan s strahom in pomanjkanjem energije oz. njihovo motivacijo. Schmid-Buchi, et al. (2011) v svoji nalogi kot najpogostejše čustvene težave, ki se pojavljajo pri pacientkah z rakom, navajajo depresijo, strah ter zaskrbljenost.

Zanimalo nas je, kateri dejavniki vplivajo na doživljanje bolečine pri pacientkah z rakom. Ugotovili smo, da vsi izmed naštetih dejavnikov vplivajo na doživljanje bolečine. Največji vpliv na doživljanje bolečine pri pacientkah ima občutek nemoči, sledi občutek brezupa in opazovanje bolečine drugih. Najmanjši vpliv na doživljanje bolečine pa ima izguba identitete. Lukkahatai (2004) kot najpogostejša dejavnika ob doživljanju bolečine med pacienti ugotavlja občutke ujetosti ter opazovanje bolečine

drugih. Najmanjši vpliv na doživljanje bolečine pripisujejo družinskim izkušnjam o bolečini pri raku in zgodbam o raku in njeni bolečini ter družinskim izkušnjam o rakavi bolečini. Raziskava z naslovom »Voices chronic pain«, ki je proučevala paciente s kronično bolečino, je ugotovila, da je 77 % pacientov ob doživljanju bolečine depresivnih, 70 % pacientov ima težave s koncentracijo, 52 % pacientov ima težave z odnosi v družini in s prijatelji. Bolečina jim predstavlja glavni vzrok odsotnosti in brezposelnosti, v 70 % bolečina vpliva na njihovo delo, kar 50 % ljudi izgubi službo (APF, 2006). V vzhodni Angliji, v bolnišnici NHS, je bila izvedena raziskava, v katero je bilo vključenih 33 pacientov, starih nad 18 let. Pacienti so skozi različne perspektive doživljanja bolečine podali izjave, kako bolečina vpliva na njihovo življenje. Povedali so, da se ob doživljanju bolečine počutijo osamljene, depresivne, razburjene, brezvoljne. Ena izmed anketirank je povedala, da socialnega življenja skoraj nima več, prav tako je ena izmed anketirank povedala, da je zaskrbljena zaradi prelaganja obveznosti na moža, saj ona zaradi bolečine ne zmore opravljati vsakodnevnega dela (Kinghorn, et al., 2015).

Pri naslednjem raziskovalnem vprašanju smo ugotavljali, kolikšen je nadzor bolečine pacientk z rakom na dan anketiranja ter v kolikšni meri so lahko zmanjšale bolečino. Rezultati nadziranja bolečine so bili na dan anketiranja visoki, kar pomeni, da je bilo nadziranje bolečine uspešno. Prav tako se je nadziranje bolečine izkazalo kot zelo uspešno pri anketiranju pacientov z rakom na Tajskem (Lukkahatai, 2004). Iz tega lahko sklepamo, da so pacienti z rakom dobro poučeni o svoji bolečini in pravilno postopajo k njenemu nadzоровanju. V New Yorku je bila izvedena raziskava o bolečini med pacienti z rakom. Rezultati so pokazali, da so pacienti doživljali bolečino med 8 in 10, in sicer kar 53 % pacientov. 44 % pacientov bolečine ni ustrezno kontroliralo, 91 % pacientov pa se zaveda, da bi bilo njihovo življenje kvalitetnejše, če bi bolečino uspešno nadzorovali (APF, 2010). Raziskava, ki je bila izvedena med 116 ameriško-afriškimi pacienti z rakom, od tega je bilo 53 % žensk, starih nad 45 let (80 %), je pokazala, da je v 24 urah 86 % pacientov doživljalo zmerno do močno bolečino (nad 4 po lestvici od 0–10) (Rhee Young, et al., 2012).

Proučevali smo tudi povezanost med občutkom samonadzora bolečine pri pacientkah z rakom ter demografskimi dejavniki (starost, status, izobrazbo, veroizpoved, način



zdravljenja, trajanje bolečine in občutkom samonadzora bolečine).

Statistično značilno povezanost smo ugotavljali pri starosti, izobrazbi ter pri načinu zdravljenja. Pri veroizpovedi značilne statistične povezanosti nismo ugotovili. Ugotovili pa smo, da se z višanjem starosti viša nadzor nad bolečino in tudi zmanjša bolečina. Pri izobrazbi se je izkazalo, da imajo bolj izobraženi ljudje manjši nadzor nad bolečino in zmanjšanjem bolečine. Ugotavljali smo tudi, v kakšni povezavi so različna zdravljenja pri raku z nadzorom in zmanjšanjem bolečine. Ugotovili smo, da če se pogostost zdravljenja s kemoterapijo večja, se nadzor nad bolečino manjša. Pri povečanju pogostosti kirurškega zdravljenja in hormonske terapije ali bioloških zdravil se nadzor nad bolečino povečuje. Pri zmanjšanju bolečine ugotovimo statistično povezanost le pri kirurškem zdravljenju in uživanju bioloških zdravil, in sicer se z večanjem pogostosti kirurškega zdravljenja in uživanja bioloških zdravil povečuje zmanjšanje bolečine. Lukkahatai (2004) je preučevala intenziteto bolečine skozi različne perspektive in ugotovila, da ženske doživljajo višjo stopnjo bolečine kot pa moški, pri moških pa ta bolečina traja dlje kot pri ženskah. Nato je proučevala, kako vera vpliva na doživljanje bolečine in ugotovila, da se ženske veliko bolj zatekajo k molitvi ter z molitvijo zmanjšajo občutek doživljanja bolečine. Prav tako jim tudi uspešno zdravljenje zmanjša jakost bolečine, ki jo med zdravljenjem doživljajo. Glede starosti avtorica ni ugotovila nobene statistične povezanosti, navaja, da tako mladi kot starejši doživljajo enako psihološko bolečino. Kregelj (2015) je v svoji raziskavi proučevala, kako izobrazba vpliva na doživljanje kronične bolečine med revmatološkimi pacienti. Ugotovila je, da je povezanost med izobrazbo in sprejemanjem kronične bolečine srednje močna. Mlajši pacienti s pridobitvijo višje izobrazbe lažje sprejemajo bolečino, se informirajo, pridobivajo tudi informacije o kronični bolečini od drugih ljudi s podobnimi težavami in se lažje vključujejo v socialno okolje. Colette (2015) je izvedla raziskavo na odpuščenih pacientih, ki so prejeli kemoterapijo. 671 pacientov je doživljalo bolečino, 248 je ni doživljalo, 144 pa jih je včasih doživljalo bolečino, včasih pa ne. V raziskavo sta bili vključeni 2 starostni skupini, in sicer pod 65 let in nad 65 let, glede na starost in vrsto doživljanja bolečine avtorica ni ugotovila velikih razlik. Avtorica meni, da zdravljenje temelji na vrsti bolečine, ki jo pacient doživlja.

Za razliko od naše raziskave, v kateri nismo ugotavljali statistične povezanosti med religijami in nadzorom bolečine, pa nekatere raziskave kažejo na povezavo med njima.

Parenteau, et al. (2011) so med 29 pacienti proučevali povezanost med tremi religijami in doživljanjem bolečine. Ugotovili so, da religiozno verovanje ne vpliva na bolečinsko zaznavanje, vendar je religija tako negativno kot pozitivno povezana z duševnim zdravjem, kar se odraža s kronično bolečino prebivalstva. Prav tako je tudi Cammalleri (2008) izvedla raziskavo med dvema ženskama katoliške veroizpovedi in proučila njun vpliv religije na doživljanje kronične bolečine. Rezultati so pokazali, da ima duševnost večji vpliv na doživljanje bolečine in življenje kot religija.

Proučevali smo tudi, katere življenjske aktivnosti so pacientkam z rakom odvzete oz. jih ne morejo opravljati. Rezultati so pokazali, da ima največ pacientk težave s spanjem. Zaradi doživljanja bolečine je pacientkam tudi odvzeta sposobnost za delo, hišna in gospodinjska dela ter razpoloženje. Najmanjši vpliv ima doživljanje bolečine pri pacientkah z rakom pri odnosu z drugimi ljudmi. Rezultati Lukkahatai (2004) so pokazali, da pacientom z rakom doživljanje bolečine povzroča največ težav pri opravljanju gospodinjskih in hišnih opravil. Zaradi doživljanja bolečine je pacientom odvzeto veselje do življenja in spanje. Najmanj težav kljub bolečini pa imajo pacienti pri odnosih z drugimi ljudmi. Prav tako tudi Gosselin (2012) navaja, da sta glavna simptoma pacientov z rakom na danki utrujenost in spanje. Raque-Bogdan (2013) je v svoji doktorski disertaciji skozi intervju pacientke z rakom ugotovila, da sta najpogostejša simptoma pacientov z rakom utrujenost in motnje spanja. Prav tako se težave kažejo tudi na čustveni ravni, in sicer v obliki depresije, slabega razpoloženja, jeze. Otežena je tudi koncentracija in komunikacija z ljudmi. Kljub vsem težavam, ki spremljajo človeka, ki zboli za rakom, pacientka pove, da je pomembno, da človek verjame vase in začne živeti naprej čim bolj kakovostno življenje.

Zoëga, et al. (2013) so med 150 anketiranci z rakom, med katerimi je bilo 41 % moških in 88 % žensk, starih med 20 in 92 let, proučevali najpogostejše simptome. Raziskava je pokazala, da je bolečina močnejša pri ženskah kot pri moških. Kot najpogostejše simptome so pacienti navajali utrujenost, oslabelost, izgubo spomina, izgubo apetita.

V diplomskem delu smo še ugotavljali, kako pacientke z rakom doživljajo lastno bolečino. Največjemu deležu pacientk predstavlja bolečina izziv, s katerim se morajo soočiti, prav tako tudi verjamejo, da lahko živijo z bolečino in delujejo, kolikor je mogoče normalno. Najmanjši delež pacientk se je odločil za trditev, da ob bolečini izgubljajo dostojanstvo ter da bo bolečina napredovala do te mere, da je z zdravili ne bo mogoče nadzorovati. Lukahatai (2004) je v svoji raziskavi prišla do nekoliko drugačnih rezultatov, in sicer največ pacientov ob doživljanju bolečine navaja ne uživanje v življenju ter da zaradi bolečine ne zmorejo obvladovati stvari, ki se dogajajo okoli njih. Najmanj pacientov verjame v to, da lahko zdravniki in medicinske sestre ozdravijo ali nadzorujejo njihovo bolečino ter lahko živijo z bolečino in delujejo, kolikor je le mogoče in jim bolečina predstavlja izziv in soočanje z njo.

Pacienti z rakom stremijo k boljšemu vrednotenju življenja. Želijo si številne spremembe v življenju, kot so spoštovanje, pozitivna stališča ter neobremenjenost. Življenjske izkušnje naj temeljijo na osebni rasti. Pacientke z rakom preživijo dan intenzivneje kot ženske, ki niso prebolele raka, ter dobre stvari delijo z ostalimi in veliko bolj verjamejo v svoja prepričanja. Prav tako tudi ena izmed anketiranih pacientk pove, da ji je rak spremenil življenje ter da je postala močnejša in si želi nadaljevati življenje in početi le dobre stvari (Rothberg, 2014).

Eden izmed anketirancev, ki je doživljal bolečino v bolnišnici NHS v Angliji, pove, da postaja depresiven zaradi bolečine, zaradi česar se na primer dan prej ni umil, obril, ni vstal ter ni zaklenil vrat. Prav tako mu bolečina jemlje voljo do življenja. Ostali anketiranci povedo, da nimajo več veselja do nakupovanja ter plesa, prav tako tudi potrpljenja ne (Kinghorn, 2015).

V raziskavi smo se omejili le na pacientke, članice društva Europe Donne, saj s strani društva Onkoloških bolnikov Slovenije, kjer bi lahko vključili več pacientov in bi bil vzorec večji, žal nismo pridobili soglasja. Ker vzorec ni bil reprezentativen, rezultatov ne moremo posplošiti na vse pacientke z rakom. Kljub temu smo raziskali področje, ki je v slovenskem prostoru zelo slabo proučevano oz. raziskav, ki bi proučevale doživljanje bolečine pacientov z rakom skozi različne perspektive, ni. Z raziskavo smo

dosegli vpogled v doživljanje bolečine pri anketirankah z rakom skozi različne perspektive.

## 4 ZAKLJUČEK

Naša raziskava je temeljila na doživljanju bolečine pri pacientkah z rakom. Skozi vprašalnik so tudi same navajale kot glavni simptom doživljanja bolečine težave s spanjem, rezultati so pokazali, da jim je odvzeta sposobnost za delo, za hišna in gospodinjska opravila ter da imajo težave z razpoloženjem.

Pridobljeni rezultati kažejo, da kljub občutku nemoči, brezupa, opazovanju bolečine drugih, ob doživljanju bolečine našim pacientkam z rakom bolečina predstavlja izziv, s katerim morajo živeti ter verjamejo, da lahko živijo in delujejo, kolikor je le mogoče. Prav tako se večina zdravi, kar pomeni, da nikoli ne odpovedo diagnostičnega sestanka.

Na slovenskem področju je zelo malo raziskanega o doživljanju bolečine pri pacientih z rakom, zato bi bilo v prihodnje zanimivo opraviti še kakšno podobno raziskavo o tej temi, in sicer skozi različna obdobja od pojava bolečine (bolezni) pa vse do ozdravitve bolečine (bolezni) ter primerjati rezultate. Prav tako bi bilo zanimivo opraviti raziskavo, ki bi temeljila na življenjskih vrednotah in pogledih na življenje ter na osebnostni rasti pacientk pred boleznijo in doživljanjem kronične bolečine in po njeni ozdravitvi.

Pacientom z rakom, ki doživljajo hudo kronično bolečino, bodimo v oporo, saj se počutijo nemočne, nekoristne, prestrašene ter izgubljajo različne vloge, ki so jim bile dane v življenju, kar je potrdila tudi naša raziskava. Nekateri tudi izgubljajo energijo oz. motivacijo za življenje, kar je pokazala ena izmed raziskav v tujini, zato jim nudimo polno življenje in upajmo z njimi vse do konca.

## 5 LITERATURA

American Pain Foundation (APF), 2006. *New Survey Reveals the Devastating Impact of Chronic Pain on the Lives of Patient*. Baltimore: APF.

American Pain Foundation (APF), 2010. *Breakthrough Cancer Pain is Top Challenge for Cancer Patients, Even When Using Pain Treatments, A New Survey Reveals*. Baltimore: APF.

Berčič, I., 2005. Pomen lajšanja akutne pooperativne bolečine. In: A. Nunar Perko & I. Buček Hajdarević, eds. *Lajšanje akutne pooperativne bolečine: zbornik predavanj / Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, 40. strokovni seminar, Rogla, 15. in 16. april 2005*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, pp. 6–9.

Bilban, M., 2011. Melanom – kožni rak. *Delo + varnost : revija za varstvo pri delu in varstvo pred požarom*, 56(4), pp. 40–53.

Božić, J., 2014. *Uspešnost preprečevanja in lajšanja pooperativne bolečine pri pacientih v hrvaških bolnišnicah: magistrsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Buchanan, A., Geerling, J. & Davies, A., 2014. Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(3), pp. 126–129.

Cammalleri, T., 2008. *Understanding The Relationships Between the Roman Catholic Faith, Pain Experience and Everyday Life*. Halifax: Dalhousie University.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, pp 168-169.

Chanquers, G., Payen, J.F., Mercier, G., de Lattre, S., Viel, E., Jung, B., Cissé, M., Lefrant, J.Y. & Jaber, S., 2009. Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaption of the Behavioral Pain Scale. *Intensive care medicine*, 35(2009), pp. 2060–2067.

Cohen, M.Z., Musgrave, C.F., McGuire, D.B., Strumpf, N.E., Munsell, M.F., Mendoza, T.R. & Gips, M., 2005. The cancer pain experience of Israeli adults 65 years and older: the influence of pain interference, symptom severity, and knowledge and attitudes on pain and pain control. *Support Care Cancer*, 13(9), pp. 708–714.

Colagiuri, B., King, M.T., Butow, P.N., McGrane, J.A., Luckett, T., Price, M.A. & Birney, D.P., 2012. A comparison of the FACT-G and the Supportive Care Needs Survey (SCNS) in women with ovarian cancer: unidimensionality of constructs. *Quality of Life Research*, 21(5), pp. 887-897.

Colette, M.S., 2015. *Age Differences in Pain Characteristics and its Impact on Patients Receiving Chemotherapy: Onkology subject*. San Francisco: University of California.

Conner-Spady, B.L., Marshall, D.A., Hawker, G.A., Bohm, E., Dunbar, M.J., Frank, C. & Noseworthy, T.W., 2014. You'll know when you're ready: a qualitative study exploring how patients decide when the time is right for joint replacement surgery. *BMC Health Services Research*, 2014(14), p. 454.

Čaušević, M., 2014. Obvladovanje kronične bolečine v onkološki zdravstveni negi. In: A. Krajnc, ed. *Z dokazi v prakso - obvladovanje simptomov v onkološki zdravstveni negi: [zbornik predavanj] / Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, 41. strokovni seminar, Ljubljana, 3. oktober 2014*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 10–16.

Dobnik, M., Lorber, M. & Pahor, A., 2013. Vpliv bioloških zdravil na kakovost življenja bolnikov z revmatološkim obolenjem, Izvirni znanstveni članek. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(2), pp. 177–183.

Dovšak, T., 2013. Bolečina – zaplet ali opozorilo. In: N. Ihan Hren, ed. *Zapleti: prepoznavna, preprečevanje in zdravljenje: zbornik / 15. strokovni seminar ZMOKS, Brdo pri Kranju, 30. november 2013*. Ljubljana: Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, p. 62.

Državni program za obvladovanje raka (DPOR), 2011. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. [online] Available at: <http://www.dpor.si/> [Accessed 22 September 2016].

Edrington, J., 2007. *The experience of cancer pain and barriers to cancer pain management in a community of chinese american cancer patients*. San Francisco: University of California.

Filej, B., Kadivec, S. & Zupančič, P., 2006. Nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. In: J. Jošt, ed. *Zdravstvena nega ima pomemben vpliv na kakovost življenja pacienta s pljučnim rakom*. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2006, p. 57.

Gélinas, C., Filion, L., Puntillo, K.A., Viens, C. & Fortier, M., 2006. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *American journal of critical care*, 15(4), pp. 420–427.

Gordon, M., 2006. *Negovalne diagnoze: priročnik*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Antona Drolca.

Gosselin, T.K., 2012. *Symptoms, quality of life and emotional status in survivors of rectal cancer treatment*. Utah: College of Nursing.



Grošelj, U., 2013. Moja zgodba. In: M. Matković, ed. *Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 40. strokovni seminar Pacientke z rakom dojk – trendi in novosti*. Ljubljana, pp. 139–141.

Hajdinja, E., 2014. Drugi neopiodni in ne-nsaid analgetiki v urgentni medicini. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Mednarodni simpozij o urgentni medicini, Urgentne medicina- Izbrana poglavja*. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 1-30.

Helms, J.E. & Barone, P.C., 2016. Psysiology and Tratment of Pain. *American Association of Critical care Nurses*, 28(6), pp. 38-49.

Kamenik, M., 2008. Merjenje in ocenjevanje bolečine v perioperativnem obdobju. In: M. Cesar Komar, ed. *Pooperacijska bolečina: zbornik / 12. seminar o terapiji bolečine z mednarodno udeležbo, 6. in 7. junij 2008, UKC Maribor*. Maribor: SZZB – Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, pp. 40–47.

Kerec Kos, M., 2012. Zdravila za zdravljenje bolečine. *Farmacevtski vestnik*, 63(1), pp. 6-9.

Kersten, P., White, P.J. & Tennant, A., 2014. Is the pain visual analogue scale linear and responsive to change? *An exploration using Rasch analysis*, 12(9,) pp. 1-2.

Kert, S. & Tušek-Bunc, K., 2012. Cilji zdravljenja bolečine: Individualni pristop k zdravljenju. In: K. Tušek-Bunc, ed. *Spolna disfunkcija in depresija, polipragmazija, fitoterapija pri obolenjih ORL, novosti v zdravljenju koagulopatij, izzivi zdravljenja kronične bolečine, psoriaza, novosti v zdravljenju pomenopavzalne osteoporoze, varovanje bolnikovih pravic: zbornik / 7. mariborski kongres družinske medicine, Maribor, 23. in 24. november 2012*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 107-114.

Kinghorn P., Robinson, A. & Smith, R.D., 2015. *Devolping a Capability-Based Qustionnaire for Assessing Well-Being in Patients with Chronic Pain*. *Social Indicators Research*, 120(3), pp. 897-916.

*Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, 2014. Ljubljana: Zbornica babiške in zdravstvene nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinski sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Kovačič, D.S., 2014. Bolečina: psihološka stran mehanizma preživetja. *Anthropos: časopis za psihologijo in filozofijo ter za sodelovanje humanističnih ved*, 46(1/2), pp. 65-86.

Koželj Rekanović, Z. & Tušek-Bunc, K., 2014. Nevropatska bolečina v ambulanti družinske medicine – prikaz primerov. In: K. Tušek-Bunc, ed. *Izzivi v diagnostiki in zdravljenju redkih bolezni, srčno popuščanje in stabilna koronarna bolezen, skeletna bolečina, obravnava bolnika z epilepsijo, nevropatska bolečina, kako izboljšati obravnavo in zdravljenje bolnikov z astmo in KOPB, karcinom prostate, hipertenzija, študentski sklop, kako izboljšati sodelovanje bolnikov pri obravnavi kroničnih bolezni: zbornik / 8. mariborski kongres družinske medicine, Maribor, 28. in 29. november 2014*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 59-67.

Krčevski Škvarč, N., 2008. *Ocena bolečine in izbira zdravljenja bolečine pri onkoloških pacientih*. Sp. Duplek: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester.

Kregelj, L., 2015. Izkušnja doživljanja kronične bolezni in strategije soočanja z njo. *Družboslovne razprave*, 31(78), pp. 41–59.

Lahajnar, S., 2008. Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. *Onkologija: strokovni časopis za zdravnike*, 12(1), pp. 10-12.

Lahajnar, S., Krčevski-Škvarč, N., Stepanović, A. & Čufer, T., 2008. Usmeritve za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. *Zdravstveni vestnik*, 77(1), pp. 7-12.

Lahajnar, S., Stapanovič, A. & Brložnik, M., 2007. Kronična bolečina: presečna raziskava med oskrbovanci patronažnega varstva, In: H. Turk & A. Stepanovič, eds. *IX. Fajdigovi dnevi, zbornik predavanj*. Kranjska Gora: Zavod za razvoj družinske medicine, p. 36.

Lahajnar-Čavlovič, S., 2007. Bolečina po operaciji raka dojke: rezultati raziskave med bolnicami na Onkološkem inštitutu v Ljubljani. *Onkologija*, 11(2), pp. 114-118.

Ličen, S., Čemažar, M. & Bernot, M., 2008. Strah in tesnoba pri pacientkah z rakom dojke. *Obzornik zdravstvene nege*, 42(4), pp. 273-280.

Lukkahatai, N., 2004. *The Thai cancer pain experience: relationships among spiritual beliefs, pain beliefs, pain appraisal, pain coping, and pain perception and outcomes*. Chapel Hill: UMI.

Marn-Vukadinović, D., 2010. Nefarmakološko lajšanje kronične bolečine v križu. In: D. Marn-Vukadinović, ed. *Učna delavnica Kronična mešana nerakava bolečina: zbornik predavanj*. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, pp. 16-22.

Parenteau, S.C., 2008. *The Mediating Role of Secular Coping Strategies in the Relationship Between Religious Beliefs and Adjustment to Chronic Pain: The Middle Road to Damascus: dissertation*. Lawrence: University of Kansas.

Pasquale, M., 2008. *The emotional impact of the pain experience*. [online] Available at: [http://www.hss.edu/conditions\\_emotional-impact-pain-experience.asp#.U3suXXaXDmc](http://www.hss.edu/conditions_emotional-impact-pain-experience.asp#.U3suXXaXDmc) [Accessed 15 December 2014].

Požlep, G., 2008. Lajšanje akutne in kronične bolečine pri poškodbah. In: H. Turk & M. Drešček, eds. *Pomen srčne frekvence, astma in KOPB, bolečina v prsnem košu, obravnava bolečine po kirurški poškodbi, kronična ledvična bolezen, migrena, sodobna fitoterapija in praktične vaje oživljanja ter pristop k poškodovancu na terenu: zbornik*

predavanj / VIII. Kokaljevi dnevi, Kranjska Gora, 11. in 12. 4. 2008. Radovljica: Združenje zdravnikov družinske medicine, p. 46.

Primic Žakelj, M. & Žagar, T., 2012. Razširjenost, preprečevanje in zgodnje odkrivanje pljučnega raka. In: M. Matković, ed. *Pacienti in pljučni rak - trendi in novosti / Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, 39. strokovni seminar, Zreče 23. marec 2012*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 19-31.

Primic Žakelj, M., Zadnik, V. & Žagar, T., 2013a. Epidemiologija raka debelega črevesa in danke. In: *Šola tumorjev prebavil*. Ljubljana: Onkološki inštitut, pp. 17-20.

Primic Žakelj, M., Zadnik, V. & Žagar, T., 2013b. Rak dojke: zbolevnost, preživetje in dejavniki tveganja. In: M. Matković, ed. *Pacientke z rakom dojk - trendi in novosti / Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, 40. strokovni seminar, Ljubljana, 7. junij 2013*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 5-13.

Pungartnik, J. & Janiš, M., 2013. Zdravljenje bolečine v enoti intenzivne terapije. In: A. Buhvald, ed. *40 let zdravstvene nege v enoti Intenzivne medicine operativnih strok Splošne bolnišnice Slovenj Gradec: zbornik predavanj z recenzijo, Slovenj Gradec, junij*. Slovenj Gradec: Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Oddelek za anesteziologijo in intenzivno medicino operativnih strok, Enota za intenzivno medicino, pp. 43-44.

Raque-Bogdan, T.L., 2013. *The work life and career development of young working women who are breast survivors: a qualitative study: dissertation*. College Park, MD: University of Maryland, pp. 4-253.

Rhee Young, O., Kim, E. & Kim, B., 2012. Assessment of pain and analgesic use in African American cancer patients: Factors related to adherence to analgesics. *Journal of immigrant and minority Health*, pp.1045-1051.

Rothberg, S., 2014. *The journey of female cancer patients or survivors while striving for personal work-life balance: dissertation*. California: Pepperdine University, Graduate School of Education and Psychology.

Rus-Makovec, M., 2010. Vloga psihiatra pri kronični bolečini. *Rehabilitacija*, 9(2), pp. 23-27.

Sabain, S.B., 2008. *An exploration of quality of life indicators for survivors of lung cancer: implications for closing the male –female gender gap: dissertation*. New York: Teachers College, Columbia University.

Schmid-Buchi, Rund, JSG., Bart van den Borne, H., 2011. *Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives*. *European Journal of Oncology Nursing*, pp. 260-266.

Snoj, Z. & Ličina, M., 2002. *Depresija pri bolnikih z rakom*. [online] Available at: <http://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/2-2002-snoj.pdf> [Accessed 15 April 2016].

Spletišče za dostop do podatkov o raku v Sloveniji in drugod (SLORA), n.d. *Rak v Sloveniji*. [online] Available at: <http://www.slora.si/rak-v-sloveniji> [Accessed 22 September 2016].

Svilenkovič, V., 2007. Prepoznavanje in ocenjevanje akutne bolečine. In: A. Kvas, ed. *Interdisciplinarna obravnava bolnika pred, med transplantacijo srca in po njej: zbornik predavanj, Radenci, 1. in 2. junij 2007*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 55-61.

Ščavničar, E., 2004. Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(2), pp. 101-111.

Šmitek, J. & Krist, A., 2008. *Venski pristop, odvzem krvi za dajanje zdravil*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center.

Taverner, T., 2015. Neuropathic pain in people with cancer (part 2): pharmacological and non-pharmacological management. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), pp. 380-384.

Tomažič, A. & Grosek, J., 2011. Akutni abdomen. *Medicinski razgledi*, 50(3), pp. 273-287.

Toni, J., 2012. Patofiziološki vidiki bolečine. *Farmaceutski vestnik*, 63(1), pp. 3-5.

Vertot, N., 2010. *Teden boja proti raku 2010*. [online] Statistični urad RS. Available at: [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=2982](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=2982) [Accessed 15 December 2014].

Wu, S.A., Schuler, T.A., Edwards, M.C., Yang, H.C. & Brothers, B.M., 2013. Factor analytic and item response theory evaluation of the Penn State Worry Questionnaire in women with cancer. *Quality of Life Research*, 22(6), pp. 1441-1449.

Wulf, H. & Baron, R., n.d. *Teorija bolečine*. [online] Available at: [file:///C:/Users/Downloads/2.Teorija%20bole%C4%8Dine%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Downloads/2.Teorija%20bole%C4%8Dine%20(5).pdf) [Accessed 15 April 2016].

Zoëga, S., Fridriksdottir, N., Sigurdardottir, V. & Gunnarsdottir, S., 2013. Pain and other symptoms and their relationship to quality of life in cancer patients on opioids. *Quality of Life Research*, 22(6), pp. 1273-1280.

Žižek, A. & Saje, M., 2011. Naloge medicinske sestre pri nadzoru bolečine. In: M. Lahe & A. Lovrenčič, eds. *Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju*

*zdravstvenih ved: zbornik predavanj z recenzijo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 138-145.*

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

#### I. DEMOGRAFSKI PODATKI

1. Spol (obkrožite 1 odgovor):
  - a.) Moški.
  - b.) Ženska.
  
2. Starost: \_\_\_\_\_ (let).
  
3. Status (obkrožite 1 odgovor):
  - a.) Samski/a.
  - b.) Poročen/a.
  - c.) Živim skupaj s partnerjem/-ko.
  - d.) Ločen/a.
  - e.) Drugo \_\_\_\_\_
  
4. Izobrazba (obkrožite 1 odgovor):
  - a.) Nepopolna osnovnošolska izobrazba.
  - b.) Osnovnošolska.
  - c.) Poklicna/srednješolska.
  - d.) Višješolska/visokošolska.
  - e.) Univerzitetna.
  - f.) Magisterij.
  - g.) Doktorat.
  
5. Kateri veroizpovedi pripadate? (Obkrožite 1 odgovor.):
  - a.) Katoliški.
  - b.) Pravoslavni.
  - c.) Islamski.



- d.) »New age« duhovnosti.
- e.) Sem ateist, nobeni.
- f.) Ne vem.
- g.) Drugo:\_\_\_\_\_

6. Način zdravljenja vaše bolezni (Obkrožite 1 odgovor ali napišite odgovor.):

- a.) Kemoterapija
- b.) Kirurško zdravljenje.
- c.) Radiološko zdravljenje.
- d.) Drugo:\_\_\_\_\_

7. Ocenite, koliko časa že trajajo vaše bolečine:

\_\_\_\_\_dni \_\_\_\_\_mesecev\_\_\_\_\_let.

## II. DOŽIVLJANJE BOLEČINE

Spodnjih 14 trditev izraža misli, ki jih imajo različni ljudje o bolečini. Prosimo, ocenite stopnjo strinjanja s trditvami glede na to, v kolikšni meri trditev odraža vaše misli, na lestvici od 0 do 4, pri čemer vrednosti pomenijo: 0 = sploh se ne strinjam, 1 = nekaj malega se strinjam, 2 = delno se strinjam, 3 = v veliki meri se strinjam, 4 = popolnoma se strinjam. Prosimo, pri vsaki trditvi označite enega od odgovorov.

TRDITVE	0	1	2	3	4
1. Bolečina mi onemogoča opravljanje vsakodnevnih opravil.	0	1	2	3	4
2. Zaradi bolečine izgubljam svoje dostojanstvo.	0	1	2	3	4
3. Zaradi bolečine ne uživam v življenju.	0	1	2	3	4
4. Zaradi bolečine ne zmorem obvladovati stvari, ki se dogajajo okoli mene.	0	1	2	3	4
5. Zaradi bolečine ne morem več sodelovati v enakih družabnih dejavnostih, kot sem nekoč.	0	1	2	3	4
6. Zaradi bolečine razmišljam, da je bolezen napredovala.	0	1	2	3	4
7. Zaradi bolečine razmišljam, da morda ne bom živel/a dolgo.	0	1	2	3	4
8. Skrbi me, da bo bolečina napredovala do te mere, da je z nobenimi zdravili ne bo več moč nadzorovati.	0	1	2	3	4

TRDITVE	0	1	2	3	4
9. Verjamem, da lahko živim z bolečino in delujem, kolikor je mogoče normalno.	0	1	2	3	4
10. Verjamem, da lahko moji zdravniki in medicinske sestre ozdravijo ali nadzorujejo mojo bolečino.	0	1	2	3	4
11. Moja bolečina je zame izziv in moram se soočiti z njo.	0	1	2	3	4
12. Zaradi bolečine spoznavam, da sem tako neznaten/a.	0	1	2	3	4
13. Moja bolečina mi omogoča, da se soočim s problematiko življenja in smrti.	0	1	2	3	4
14. Zaradi bolečine se zavedam omejitev življenja.	0	1	2	3	4

### III. BIO-VEDENJSKI PROFIL BOLEČINE

Sklop 1: Naslednje trditve predstavljajo vaša dejanja ali misli, ki jih imate ob doživljanju bolečine. Prosimo, na vsako trditev odgovorite le z enim odgovorom. Lahko izbirate na lestvici od 0 do 7, pri čemer **0** pomeni **nikoli**, **7** pa **večino časa**.

TRDITVE	0	1	2	3	4	5	6	7
Označite, kako pogosto se ob doživljanju bolečine odločite za naslednja dejanja:								
1. Odpovedal sem diagnostični sestanek.	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Odpovedal sem sestanek z namenom zdravljenja.	0	1	2	3	4	5	6	7
Označite, kako pogosto menite, da ob pojavu bolečine doživljate sledeče telesne spremembe:								
3. pospešeno dihanje.	0	1	2	3	4	5	6	7
4. oteženo dihanje.	0	1	2	3	4	5	6	7
5. pospešeno bitje srca.	0	1	2	3	4	5	6	7
Kako pogosto ob doživljanju bolečine pomislite:								
6. Nekaj strašnega se dogaja.	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Tumor raste.	0	1	2	3	4	5	6	7
8. Prestrašen sem.	0	1	2	3	4	5	6	7

Sklop 2: Naslednje trditve predstavljajo vaše osebne dejavnike, ki vplivajo na vaše doživljanje bolečine. Prosimo, na vsako trditev odgovorite le z enim odgovorom. Lahko izbirate na lestvici od 0 do 7, **0** pomeni **nikoli**, **7** pa **večino časa**. Višja številka pomeni, da pogosteje razmišljate o trditvi.

TRDITVE	0	1	2	3	4	5	6	7
V kolikšni meri spodnje vpliva na vaše doživljanje bolečine:								
9. Zgodbe o raku in bolečini, ki so jih povedali prijatelji oz. moja družina.	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Izkušnje bolečine ob raku s strani družine.	0	1	2	3	4	5	6	7
11. Splošne izkušnje o bolečini s strani družine	0	1	2	3	4	5	6	7
12. Opis medicinske sestre o tem, kakšna bo bolečina.	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Opis zdravnika o tem, kakšna bo bolečina.	0	1	2	3	4	5	6	7
14. Izraz na obrazu medicinske sestre, ko sprašuje o vaši bolečini.	0	1	2	3	4	5	6	7
15. Izraz na obrazu zdravnika, ko vas sprašuje o vaši bolečini.	0	1	2	3	4	5	6	7
16. Literatura (revije, časopisi, knjige), radio, tv.	0	1	2	3	4	5	6	7
17. Opazovanje bolečine drugih.	0	1	2	3	4	5	6	7
Prosimo, ocenite, v kolikšni meri vaši osebni dejavniki vplivajo, kako vi doživljate bolečino:								
18. Preteklo in trenutno medicinsko/kirurško/diagnostično zdravljenje.	0	1	2	3	4	5	6	7
19. Nisem dobil/a dovolj protibolečinskih zdravil.	0	1	2	3	4	5	6	7
20. Nejasnost glede prihodnosti.	0	1	2	3	4	5	6	7
21. Prepričanje, da se bolečine ne da nadzorovati.	0	1	2	3	4	5	6	7
22. Občutki popačenja lastne podobe.	0	1	2	3	4	5	6	7
23. Občutki ujetosti.	0	1	2	3	4	5	6	7
24. Občutki izgube nadzora.	0	1	2	3	4	5	6	7
25. Občutki izgube samozavesti.	0	1	2	3	4	5	6	7
26. Občutki izgube identitete.	0	1	2	3	4	5	6	7
27. Občutki izgube vloge matere, očeta, moža, žene.	0	1	2	3	4	5	6	7
28. Občutki nemoči.	0	1	2	3	4	5	6	7
29. Občutki brezupa.	0	1	2	3	4	5	6	7
30. Občutki izolacije.	0	1	2	3	4	5	6	7

#### IV. NADZOR NAD BOLEČINO

Prosimo, ocenite vašo zmožnost nadzorovanja ali zmanjšanja bolečine. Pri tem uporabite lestvico od 0 do 6, pri čemer vrednosti pomenijo: 0 = sploh nimam nadzora/ne zmorem zmanjšati bolečine, 6 = imam popoln nadzor/jo popolnoma zmanjšam.

Prosimo, pri vsaki trditvi označite enega od odgovorov.

	0 – Nič nadzora	1	2	3 – Nekaj nadzora	4	5	6 – Popoln nadzor
1. Koliko nadzora nad bolečino menite, da ste imeli danes?	0	1	2	3	4	5	6
2. V kolikšni meri ste danes lahko zmanjšali bolečino?	0	1	2	3	4	5	6

#### V. VPLIV BOLEČINE NA ŽIVLJENJSKE AKTIVNOSTI

Obkrožite številko, ki označuje, v kolikšni meri je v zadnjih 24 urah bolečina vplivala na vaše aktivnosti. Pri tem uporabite lestvico od 0 do 10: 0 pomeni, da ni nič vplivala, 10 pomeni, da je imela popoln vpliv.

Vpliv bolečine na vaše aktivnosti v zadnjih 24 urah:											
1. Splošne aktivnosti.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Razpoloženje.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Sposobnost za delo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Hišna in gospodinjska opravila.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Odnos z drugimi ljudmi.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Spanje.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Veselje do življenja.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10