



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**OBVLADOVANJE BOLEČINE
PRI PACIENTU S PLJUČNIM RAKOM
V KLINIČNEM OKOLJU – KVALITATIVNA
RAZISKAVA**

**PAIN MANAGEMENT IN LUNG CANCER
PATIENTS IN CLINICAL SETTINGS: A
QUALITATIVE STUDY**

Mentorica: doc. dr. Saša Kadivec

Kandidat: Jan Bešlin

Jesenice, september, 2025

ZAHVALA

Zahvala gre predvsem mentorici doc. dr. Saši Kadivec za vse nasvete, strokovna svetovanja in nešteto pregledov diplomskega dela. Hvala tudi recenzentki Marjani Bernot, viš. pred. za recenzijo diplomskega dela. Posebej bi se zahvalil še pacientom, ki so mi z intervjuji omogočili to raziskavo.

Nenazadnje pa gre največja zahvala moji družini za potrpežljivost, spodbudo in pomoč.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Pljučni rak predstavlja najpogostejšo obliko raka na svetu, bolečina pa je med najresnejšimi simptomi pacientov s pljučnim rakom in pomembno vpliva na kakovost pacientovega življenja. Zdravstveni delavci imajo tu veliko vlogo, saj uspešno vodena bolečina pomeni kakovostnejše življenje pacientov.

Cilj: Namen raziskave je raziskati obvladovanje bolečine pri pacientih s pljučnim rakom in ugotoviti, kako zdravstveni delavci ocenjujejo bolečino, ali je pomoč zdravstvenega osebja pri obvladovanju bolečine uspešna in kakšen pomen ima bolečina za kakovost življenja pacientov.

Metoda: Izvedena je bila kvalitativna raziskava, podatki za analizo so pridobljeni s pomočjo polstrukturiranih intervjujev, ki so bili opravljeni s petimi pacienti na oddelku interventne pulmologije na Kliniki Golnik. Intervjuvani so bili trije moški in dve ženski različnih starosti, vsi so pred začetkom raziskave podpisali soglasje za sodelovanje v intervjuju in dovoljenje za njegovo snemanje. Za raziskovalni del diplomskega dela je bil uporabljen namenski vzorec. Vsi pacienti so imeli v času hospitalizacije prisotno bolečino in potrjeno diagnozo pljučnega raka. Pridobljeni intervjuji so bili kasneje dobesedno pretipkani in analizirani, vsem sodelujočim je bila zagotovljena anonimnost.

Rezultati: Po analizi intervjujev so bile oblikovane štiri teme ter osem kategorij in kode, ki pripadajo posameznim kategorijam. Oblikovane teme so: 1) prisotnost bolečine pred sprejemom v bolnišnico, 2) ocenjevanje bolečine, 3) uspešnost pri obvladovanju bolečine in 4) vpliv bolečine na pacientovo življenje.

Razprava: Raziskava je pokazala, da je bila bolečina prisotna pri vseh vključenih pacientih in pri večini je bila kasneje v bolnišnici uspešno obvladovana. Za uspešno obvladovanje bolečine so potrebni predvsem ustrezno prepoznavanje bolečine, pravočasen odziv zdravstvenega osebja na pojav bolečine, ponovna ocena po aplikaciji analgetikov in prava mera empatije.

Ključne besede: kakovost življenja, bolečina, zdravstveno osebje, rak

SUMMARY

Theoretical Background: Lung cancer is the most common type of cancer and pain is one of the most significant symptoms of lung cancer, seriously affecting the quality of patients' life. Healthcare professionals play an important role in this respect, as successfully managed pain means a better quality of life for patients.

Aims: The aim of the study was to investigate pain management in patients with lung cancer and to find out how healthcare professionals assess pain, whether the help of healthcare staff in pain management is successful and what impact pain has on patients' quality of life.

Methods: A qualitative research design was employed. To collect the data, a semi-structured interview with five eligible patients from the Department for Interventional Pulmonology at the University Clinic Golnik was used. Interviews were carried out with three men and two women of different ages. All participants signed a consent form before the research started, agreeing to participate in the interview as well as giving permission for it to be recorded. A purposive sample was used. During hospitalization, all patients were diagnosed with lung cancer and had pain issues. After completing the interviews, they were transcribed and analyzed using content analysis. Anonymity of participants was ensured.

Results: Interview analysis yielded four themes and eight categories, codes for each category were created. The themes were: 1) the presence of pain before hospital admission, 2) pain assessment, 3) success in pain management and 4) impact of pain on the patient's life.

Discussion: Research results revealed that pain was present in all interviewed patients and for most of them, it was successfully managed during their hospital stay. Adequate pain recognition, timely staff response, reassessment of pain after presenting analgesics, and empathy are key factors for successful pain management.

Key words: quality of life, pain, healthcare staff, cancer

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	PLJUČNI RAK	3
2.2	OBVLADOVANJE BOLEČINE PRI PACIENTIH S PLJUČNIM RAKOM.....	4
2.3	MERJENJE JAKOSTI BOLEČINE	7
2.4	USTREZNA APLIKACIJA TERAPIJE.....	9
2.5	FARMAKOLOŠKO ZDRAVLJENJE BOLEČINE	12
2.6	VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBVLADOVANJU BOLEČINE PRI PACIENTIH Z RAKOM PLJUČ	13
3	EMPIRIČNI DEL.....	15
3.1	NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA	15
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	15
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	15
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	16
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	16
3.3.3	Opis vzorca	17
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	17
3.4	REZULTATI.....	18
3.5	RAZPRAVA	28
3.5.1	Omejitve raziskave	34
3.5.2	Prispevek za stroko in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	35
4	ZAKLJUČEK	36
5	LITERATURA	37
6	PRILOGE.....	49
6.1	MERSKI INSTRUMENT	
6.2	VPRAŠANJA ZA INTERVJU	

KAZALO SLIK

Slika 1: Vizualna analogna lestvica.....	8
Slika 2: Tristopenjsko zdravljenje bolečine	10

KAZALO TABEL

Tabela 1: Pojav in razvoj bolečine	18
Tabela 2: Jakost in časovna prisotnost	19
Tabela 3: Dejavniki tveganja za nastanek bolečine.....	20
Tabela 4: Obvladovanje bolečine pred sprejemom v bolnišnico.....	21
Tabela 5: Uporaba lestvic	22
Tabela 6: Ukrepi za obvladovanje bolečine	23
Tabela 7: Učinkovitost zdravil in odprava bolečine.....	25
Tabela 8: Aktualno stanje in pričakovanja	26

SEZNAM KRAJŠAV

ICD	angl. International Classification of Diseases (Mednarodna klasifikacija bolezni)
NSAR	nesteroidni antirevmatiki
NRS	angl. Numerical Rating Scale (številčna ocenjevalna lestvica)
TENS	transkutana električna živčna stimulacija
VAL	angl. Visual Analog Scale (vizualna analogna lestvica)
VRS	angl. Visual Rating Scale (besedna ocenjevalna lestvica)
WHO	angl. World Health Organization (Svetovna zdravstvena organizacija)

1 UVOD

Bolečina je eden od najpogostejših simptomov, ki spremljajo bolezen. Zaradi nje trpi približno 79 % hospitaliziranih pacientov (Alzghoul & Abdullah, 2015). Je »večrazsežnostna izkušnja, saj vključuje tako neprijetno telesno kot tudi čustveno izkušnjo, ki je povezana z dejansko ali možno poškodbo oziroma okvaro tkiva« (Horvat Rauter, 2018, p. 143). Bolečina je ena od ključnih funkcij našega telesa, ki nam sporoča, da je nekaj narobe ali da moramo prenehati z nečim, kar bi povzročilo dodatno škodo. Lahko je simptom neke bolezni ali pa je bolezen sama po sebi. Je eden od najpogostejših razlogov, zakaj pacient obišče družinskega zdravnika. Za pacienta je še posebno hudo, kadar je bolečina močna in kronična ter kadar je povezana z resno boleznijo, ki zelo vpliva na kakovost življenja (Lahajnar Čavlovič, et al., 2015).

Med najpogostejše rake po incidenci na svetu spada pljučni rak. Pri moških po pogostosti zaseda prvo mesto, pri ženskah pa drugo (World Cancer Research Fund, n.d.). Glede na podatke Registra raka Republike Slovenije predstavlja 12 % vseh rakov pri moških in 6 % pri ženskah. V Sloveniji po pogostosti pri moških zaseda tretje mesto (za rakom prostate in nemelanomskim kožnim rakom), enako pri ženskah (Vrankar, et al., 2023). Med 40 % in 70 % pacientov z rakom se sooča s kronično bolečino, kar predstavlja enega od najpogostejših simptomov (Filipponi, et al., 2022). Bolečina je eden od najresnejših simptomov pacientov s pljučnim rakom in resno vpliva na kakovost pacientovega življenja, čeprav se večinoma ne pokaže v zgodnji fazi bolezni. Vzrok bolečine pri pljučnem raku je povezan z lokacijo tumorja, širjenjem in metastazo tumorja ter načrtom zdravljenja (Krčevski Škvarč, 2017). Če bolečina ni pod nadzorom in če ves čas vztraja, lahko povzroči hudo trpljenje, močno poslabša kakovost življenja in kot takšna lahko ustvari občutek brezupa (Siler, et al., 2019).

Lin, et al. (2021) navajajo, da Ameriško združenje za bolečino oceno bolečine prepozna kot enega od ključnih znakov za izboljšanje kakovosti obvladovanja bolečine v kliničnem okolju. Ocena stopnje bolečine pa sama ne more izboljšati kakovosti zdravljenja. Kot pišejo Lin, et al. (2021), je potrebna popolna ocena, kamor spadajo pacientove psihične stiske in čustva, ki lahko vključujejo tesnobo in depresijo, to pa pomembno vpliva na

jakost bolečine. Po njihovem sta za izboljšanje kakovosti obvladovanja bolečine potrebna večplastna ocena in vodenje bolečine.

Zadovoljstvo pacientov in kakovost življenja sta veliko večja, če je bolečina ustrezno obvladovana, to pa nenazadnje vodi v posledično manjše stroške zdravstvene oskrbe in v skrajšanje bivanja v bolnišnici (Jin, et al., 2020), saj se pacientovo spoprijemanje z bolečino lahko preverja tudi prek telefona ali interneta. Pri vsem tem igrajo ključno vlogo medicinske sestre. Niso pa v tem same, saj je bistveno dobro sodelovanje med pacientom in celotnim zdravstvenim timom (de Munter, et al., 2023).

Če povzamemo vse zgoraj navedeno, bolečina v kliničnem okolju neprijetno vpliva na kakovost življenja in počutje pacientov, njena prisotnost je precej razširjena, pri njenem omejevanju pa se lahko srečamo z mnogimi preprekami. Zaradi tega smo se odločili, da v diplomskem delu podrobno raziščemo prisotnost bolečine pri pacientih s pljučnim rakom ob sprejemu v bolnišnico, obvladovanje in vodenje bolečine ter pomen bolečine za kakovost pacientovega življenja.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 PLJUČNI RAK

Primarni bronhialni pljučni rak, znan tudi kot pljučni rak, je po absolutni incidenci na prvem mestu na svetu kot v številnih državah v razvoju ter najpogostejši vzrok smrti zaradi raka na svetu (World Cancer Research Fund, n.d.). Življenjsko okolje in družbeni način življenja sta povezana s pojavom pljučnega raka, pri čemer je kajenje eden od najpogostejših dejavnikov tveganja. Sedanji načini zdravljenja vključujejo kirurgijo, kemoterapijo, radioterapijo in ciljno oziroma tarčno zdravljenje (Fitzmaurice, et al., 2015). Relativna petletna stopnja preživetja pri pljučnem raku, diagnosticiranem v kateremkoli stadiju, je 22,9 %. Relativna petletna stopnja preživetja glede na to, koliko se je rak razširil, je (Cleveland Clinic, 2024):

- 61,2 % pri raku, ki je omejen na eno pljučno krilo (lokaliziran).
- 33,5 % za raka, ki se je razširil v bezgavke (regionalni),
- 7 % za raka, ki se je razširil v druge organe (oddaljeni).

Kljub napredku pri zdravljenju pljučnega raka in izboljšanju paliativne oskrbe v zadnjih desetletjih ostaja bolečina eden od najbolj strah vzbujajočih in obremenjujočih simptomov pri pacientih s pljučnim rakom. Po razširjenosti bolečine so pacienti s pljučnim rakom na tretjem mestu, takoj za rakom glave in vratu ter rakom prebavil. Nezadostno zdravljenje bolečine pri raku je povezano s telesnimi in psihološkimi posledicami, kar resno vpliva na kakovost življenja pacientov. Zdravljenje bolečine je zato bistven sestavni del celostne obravnave bolnika z rakom in eden od glavnih ciljev onkološkega zdravljenja (Zhang, et al., 2022).

Za zdravljenje pljučnega raka se uporabljajo različne metode. Najboljša izmed možnosti je operacija – kirurška odstranitev obolelega dela pljuč, ki jo lahko glede na stadij bolezni spremlja kemoterapija. Ostale metode zdravljenja so kemoterapija, obsevanje in kemoradioterapija (Vrankar & Stanič, 2019). V zadnjem času se za zdravljenje pljučnega raka uporabljajo tudi tarčna ali biološka zdravila. Še ena izmed možnosti zdravljenja je

imunoterapija, kjer se pri zdravljenju ne osredotoča na napad na raka, temveč se okrepi imunski sistem, da se bori proti rakavim celicam (Rajer, 2018).

Vzrok za bolečino pri pljučnem raku je povezan z lokacijo tumorja, širjenjem in metastaziranjem tumorja ter načrtom zdravljenja. Najpogosteje se za lajšanje bolečine uporabljajo nesteroidni analgetiki in opiodi, vendar lahko ti povzročijo različne neželene učinke (Kim, et al., 2015).

2.2 OBVLADOVANJE BOLEČINE PRI PACIENTIH S PLJUČNIM RAKOM

Kljub napredku pri zdravljenju pljučnega raka in izboljšanju paliativne oskrbe v zadnjih desetletjih ostaja bolečina eden od najbolj obremenjujočih simptomov pri pacientih s pljučnim rakom. Ne zadostno zdravljenje bolečine pri raku je povezano s telesnimi in psihološkimi posledicami, kar resno vpliva na kakovost življenja pacientov (Pergolizzi, et al., 2015). Zdravljenje bolečine zato velja za bistven sestavni del in enega od glavnih ciljev zdravljenja pljučnega raka (Zhang, et al., 2022). Z napredkom zdravljenja, kot sta tarčno zdravljenje in imunoterapija, se je preživetje pacientov z določenimi oblikami pljučnega raka podaljšalo in omogočilo dolgotrajnejše obvladovanje bolezni. Ker je bolečina prisotna v do 39 % primerov po zaključenem zdravljenju, bi povečano preživetje lahko vplivalo na to število pacientov, ki kljub uspešnemu zdravljenju ostajajo z vztrajnimi simptomi bolečine (Hochberg, et al., 2017).

Bolečina, povezana z rakom, je v skladu s klasifikacijo ICD-11 (International Classification of Diseases, 11th Revision – Mednarodna klasifikacija bolezni) široko opredeljena in vključuje tako bolečino, ki je neposredno posledica napredovanja tumorja ali metastaz, kot tudi bolečino, ki jo povzročajo operacija, kemoterapija, tarčna zdravila, imunoterapija ali posledice obsevanja. Poleg tega je treba bolečino zaradi raka in bolečino, povezano z zdravljenjem, razlikovati kot enoti, za kateri so značilni različni vzroki, mehanizmi in klinične predstavitve, kar ima različne posledice za strategije oskrbe. Vzroki in vrste bolečin pri pljučnem raku so različni (Shkodra, et al., 2022).

Nezadostno zdravljena bolečina pri raku ima telesne in psihične posledice, povzroča trpljenje in slabšo kakovost življenja. Pacienti z bolečino imajo telesne simptome, kot so nespečnost, anoreksija, huda utrujenost, zmanjšana kognicija in na splošno zmanjšana življenjska zmogljivost. Pacienti z rakom, ki trpijo zaradi neurejene bolečine, se umaknejo iz družbenih in družinskih stikov, kar vodi v izolacijo in psihološko stisko. In končno, vztrajna bolečina lahko povzroči eksistencialno in duhovno trpljenje, ki lahko omeji pacientove sposobnosti spoprijemanja z njo (Hochberg, et al., 2017).

Prav je, da pacientova ocena bolečine za zdravstveno osebje predstavlja neko izhodišče, ker zdravstveni delavci jakost bolečine pogosto podcenijo (Lahajnar Čavlovič, et al., 2015). Lahko se zgodi tudi to, da medicinska sestra ne poda ustrezne ocene bolečine pri pacientu oziroma jo nadomesti z lastno oceno, hkrati pa z njene strani lahko pride do pomislekov ali strahu pred neželenimi učinki nesteroidnih analgetikov in opioidov, ker ne pozna ustreznih učinkov farmakoloških in nefarmakoloških pristopov za lajšanje trpljenja (Drake & de Williams, 2017). Drake in de Williams (2017) pomanjkljivosti pri izobraževanju o bolečini med usposabljanjem medicinskih sester vidita kot enega od razlogov za slabo obvladovanje bolečine.

Za bolečino pri pljučnem raku sta značilni dve obliki, in sicer akutna bolečina in sindrom kronične bolečine. Sindrom akutne rakave bolečine je običajno posledica opredeljive akutne poškodbe ali bolezni. Ta je lahko sekundarna zaradi dogodkov pri rakavih boleznih, kot so krvavitev v tumor, bolečina v kosteh sekundarno zaradi patološkega zloma in visceralna bolečina zaradi akutne črevesne obstrukcije. Akutna bolečina pri raku ima določen začetek, njeno trajanje pa je omejeno in predvidljivo (Hirsh, 2017).

Kronična bolečina pa se od akutne razlikuje po svoji dolgotrajnosti.ocene kažejo, da približno 75 % pacientov z rakom živi s kronično bolečino. Treba jo je obravnavati drugače kot akutno, z dvojnimi cilji: lajšanje bolečine ter preprečevanje nadaljnjih ponovitev bolečine (Hirsh, 2017).

Jeromel, et al. (2024) tu dodajajo, da je hkrati za paciente zelo pomembno, da so dobro poučeni o nadaljevanju življenja s prisotno (znosno) bolečino.

Maja 2019 je raziskava Slovenskega združenja za zdravljenje bolečine v Sloveniji pokazala, da je kronično bolečino občutilo 22 % anketirancev. Rezultati so podobni raziskavi iz leta 2006, ko je bil ta delež še za malenkost višji, 23 %. Številke v Sloveniji so zelo primerljive z evropskimi, saj kronična bolečina prizadene petino evropskega odraslega prebivalstva (Požlep, et al., 2020).

Fiziološka bolečina se imenuje nociceptivna bolečina zaradi stimulacije senzoričnih nociceptorjev, ki se nahajajo v tkivih, ko so ta poškodovana. To so somatske, visceralne, nevropatske in psihogene bolečine. Pri pacientih z napredovalim pljučnim rakom obstajajo trije glavni vzroki za bolečino: skeletna metastatska bolezen (34 %), Pancoastov tumor (31 %), bolezen prsne stene (21 %) (Hirsh, 2017). Nevropatska bolečina je površinska, sevajoča, pekoča, zbadajoča, lahko pa jo zaznamo tudi kot električni sunek (Lahajnar Čavlovič, et al., 2015). Po kliničnem mnenju je nevropatska bolečina povezana z etiologijo različnih bolezni, kot sta rak ali sladkorna bolezen, in je pogosto povezana s komorbidnimi stanji (slabo spanje, depresija, motnje razpoloženja) ter slabšo kakovostjo življenja (Gül, et al., 2020).

Pacienti z rakom pa lahko občutijo tudi največjo intenzivnost bolečine. Za to vrsto bolečine, imenovano prebijajoča bolečina pri raku, je značilna najvišja intenzivnost bolečine, ki je kratkotrajna in se pojavi spontano ali je posledica posebnega sprožilca pri pacientih, ki imajo večino ur dobro nadzorovano bolečino (Mercadante, et al., 2020).

Glede na smernice obvladovanja simptomov v paliativni oskrbi pacienta z rakom je za ustrezno zdravljenje bolečine najprej treba oceniti jakost bolečine glede na določeno lestvico, določiti mehanizem nastanka in skupaj s pacientom načrtovati način zdravljenja bolečine, ki je primeren njegovemu splošnemu stanju. Kar se tiče zdravljenja bolečine, je najbolj pomembno, da se odstrani vzrok za bolečino, kar pa pogosto ni mogoče pri kronični bolečini. Iz tega razloga so potrebna zdravila, ki lajšajo bolečino, in različni postopki zdravljenja bolečine (Stražisar, et al., 2020).

Pri pacientu, ki ga zdravimo zaradi bolečine, moramo najprej preveriti, ali je seznanjen o zdravstvenem stanju, ki je vzrok bolečine. Pomembno je tudi, da ga seznanimo z načrtom

zdravljenja bolečine, z načrtovanim zdravljenjem pa se mora strinjati (Lahajnar Čavlovič, et al., 2015).

Vse pogostejše pa pacienti z bolečinami uporabljajo tudi alternativne načine zdravljenja, kot so masaža, akupunktura, zeliščarstvo in hipertermija (Kuang, et al., 2021). Kot tradicionalna metoda zdravljenja se akupunktura klinično uporablja in je lahko dobra izbira za zdravljenje bolečine pri pljučnem raku (Hu, et al., 2016). Transkutana električna živčna stimulacija (TENS), zmerna telesna aktivnost in hipnoza so še nekatere izpostavljene alternativne metode zdravljenja (Jeromel, et al., 2024).

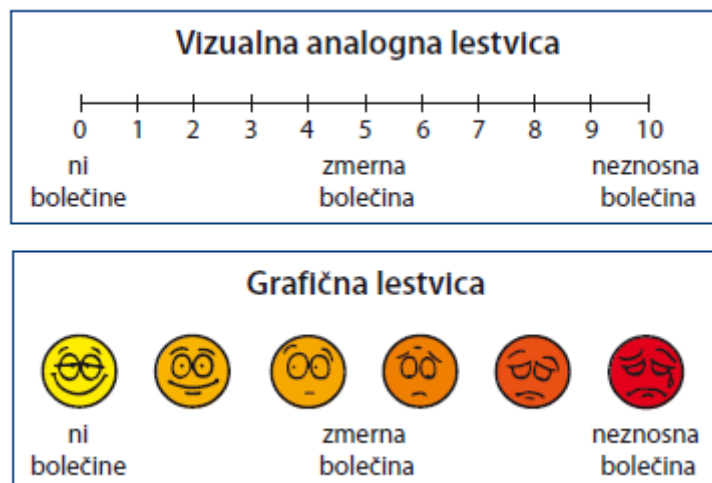
Pri ugotavljanju učinkovitosti nefarmakoloških ukrepov za zmanjšanje bolečine je bil namen raziskave Kumar, et al. (2020) primerjati učinkovitost nefarmakoloških posegov pri zmanjševanju bolečine pri pacientih s pljučnim rakom. Rezultati sistematičnega pregleda literature so pokazali, da so nefarmakološki ukrepi imeli omejene in kratkoročne učinke na lajšanje bolečine pri pacientih.

2.3 MERJENJE JAKOSTI BOLEČINE

Intenzivnost bolečine pri raku se lahko meri z enodimenzionalnimi lestvicami, kot so vizualna analogna (angl. Visual Analog Scale – VAL), številčna (angl. Numerical Rating Scale – NRS) in besedna ocenjevalna lestvica (angl. Visual Rating Scale – VRS). Meritve intenzivnosti bolečine, pridobljene z VAL, NRS in VRS, so veljavne in zanesljive pri ocenjevanju kronične bolečine, njihova uporaba pri pacientih s pljučnim rakom pa daje primerljive rezultate (Hrvatina & Puh, 2021).

Bolečino pri pacientih s pljučnim rakom torej merimo na več načinov. Ena izmed možnosti je lestvica VAL, ki je vizualna in analogna (Lahajnar Čavlovič, et al., 2015). Velja za zanesljivo, občutljivo in ponovljivo metodo za izražanje jakosti bolečine. Poleg tega je za njeno izpolnjevanje potrebno razmeroma malo časa in zaradi minimalnih težav pri prevajanju v jezik omogoča medkulturne primerjave. Sestavljena je iz ravne črte, katere meje vsebujejo besedni opis vsake skrajne točke simptoma, ki ga je treba oceniti. VAL se pogosto uporablja za ocenjevanje analgetičnih lastnosti različnih zdravljenj, kar

se doseže z merjenjem olajšanja ali jakosti bolečine (Delgado, et al., 2018). Slika 1 predstavlja primer lestvice VAL.



Slika 1: Vizualna analogna lestvica
(E-zdravje, n.d.)

Druga možnost je NRS, pri kateri je ocena bolečine na stopnji od 0 do 10 (Lahajnar Čavlovič, et al., 2015). NRS je enako občutljiva kot VAL, vendar ima manjšo stopnjo neuspešnosti. NRS je veljavna in zanesljiva lestvica, ki se pogosto uporablja v klinični praksi. Prednosti te lestvice so, da si jo je enostavno zapomniti in da jo je mogoče uporabiti v ustni ali pisni obliki. Ocena 0 pomeni brez bolečine, 10 pa najhujšo možno bolečino, vendar je težko razlagati klinični pomen sprememb glede na izhodiščno vrednost na tej lestvici (Chiarotto, et al., 2019).

Hrvatin in Puh (2021) dodajata, da obstajata tudi 21-stopenjska NRS-lestvica z ocenami od 0 do 20 in 101-stopenjska NRS-lestvica z ocenami od 0 do 100, pri katerih sta začetni in končni vrednosti enakovredni 11-stopenjski NRS-lestvici.

Pri pacientih se za oceno bolečine uporablja tudi besedna ocenjevalna lestvica, ki je učinkovito orodje za ocenjevanje bolečinskih izkušenj. Lestvica po navadi vključuje štiri stopnje z opisi: ni bolečine, blaga bolečina, zmerna bolečina in močna bolečina. Ocena bolečine se točkuje od 0 do 3. Priljubljena je predvsem pri starejših, saj je zaradi opisov izjemno preprosta (Choi, et al., 2024). Obstaja tudi šeststopenjska lestvica, kjer sta dodani

še dve kategoriji – zelo močna bolečina in najhujša bolečina, ki si jo lahko predstavljamo (Hrvatina & Puh, 2021).

Ta lestvica ima številne prednosti v zdravstvenih raziskavah in klinični praksi. Samoporočanje omogoča raziskovalcem, da ocenijo notranjo in zapleteno izkušnjo, kot je bolečina, izboljša obvladovanje bolečine in opolnomoči paciente (Karcioglu, et al., 2018).

Kljub svojim prednostim pri klinični oskrbi ima besedna ocenjevalna lestvica svoje omejitve. Ker pacienti sami izbirajo med opisi intenzivnosti bolečine na lestvici, lahko na razlago deskriptorjev vplivajo različni dejavniki, kot so starost, spol, jezik in kultura (Zhi, et al., 2021). Prevelika ali premajhna možnost uporabljenih opisov lahko močno vpliva na učinkovitost lestvice, hkrati pa pacienti z omejeno pismenostjo morda ne bodo mogli izraziti svojih izkušenj z enim samim opisnikom (Choi, et al., 2024).

V raziskavi Kim in Jung (2020) je bil namen oceniti psihometrično kakovost dveh enopomenskih meril intenzivnosti bolečine: NRS in VRS. Pri ocenjevanju splošne intenzivnosti bolečine je bila veljavnost NRS večja kot veljavnost VRS.

Uporaba validirane lestvice za merjenje bolečine medicinskim sestram omogoča bolj sistematično ocenjevanje bolečine pri pacientih, kar jim omogoča boljše prepoznavanje pacientove bolečine (Dequeker, et al., 2018).

2.4 USTREZNA APLIKACIJA TERAPIJE

Bolečino pri pacientih z rakom pljuč zdravimo stopenjsko po priporočilih World Health Organization (WHO). Stopnje prikazuje slika 2.



Slika 2: Tristopenjsko zdravljenje bolečine
(Paliativna oskrba, n.d.)

Na splošno so raziskave pokazale, da so smernice WHO učinkovita metoda za lajšanje bolečine, če se jih uporablja pravilno (Carlson, 2016). Pri obvladovanju kronične bolečine je pomembno, da se zdravstveni delavci pogovorijo s pacienti glede ciljev zdravljenja bolečine. Prav je, da se jim razloži, da bolečina kljub zdravljenju ne izgine povsem, temveč jo morajo obvladovati do sprejemljive ravni. Pogovoriti se je treba tudi o vseh možnih neželenih učinkih zdravil za obvladovanje bolečine, da se zagotovi varnost pacientov in zmanjša tveganje za zlorabo. Pomembno je tudi, da zdravstveni delavci na začetku ugotovijo vse dejavnike tveganja, ki lahko vplivajo na zdravstveno oskrbo pacienta, kot so sočasne bolezni, ovire pri dostopu do zdravil ali predhodna zloraba opioidov. Zgodnje prepoznavanje morebitnih dejavnikov tveganja lahko pomaga pri oblikovanju načrta za boljše obvladovanje njihove bolečine (WHO, 2018).

Vseeno pa se glede na rezultate raziskave Kocsis, et al. (2016) uporaba tristopenjskega pristopa, ki ga priporoča WHO, pri zdravljenju pacientov s pljučnim rakom na Madžarskem ne upošteva ustrezno, saj je samo 3,1 % od 1.450 pacientov prejelo zdravila za lajšanje bolečin v skladu z lestvico zdravljenja WHO. To kaže na potrebo po izobraževanju zdravstvenih delavcev. Raziskava je zajela časovno obdobje med letoma 2010 in 2015 in je vsebovala podatke 35.000 pacientov.

Kljub temu pa pri znatnem deležu pacientov ustrezno konvencionalno zdravljenje po smernicah WHO ne zagotavlja zadovoljivega analgetičnega nadzora ali lahko povzroči neželene učinke, povezane z zdravili. V teh primerih lahko interventno zdravljenje bolečine pri raku predstavlja veljavno možnost. Intervencijsko obvladovanje bolečine je podspecialnost medicine, namenjena uporabi invazivnih tehnik, za zdravljenje bolečinskih sindromov, ki se ne odzivajo na konvencionalno zdravljenje (Hochberg, et al., 2017).

Cilji protibolečinskega zdravljenja so odprava hujših bolečin, odprava ali zmanjšanje nezaželenih učinkov zdravil in izboljšana kakovost življenja (Lahajnar Čavlovič, et al., 2015).

Za paciente s kronično bolečino je peroralna pot najprimernejša pot vnosa zdravila, saj lahko hitro prilagajamo dnevne odmerke zdravil. Transdermalno zdravljenje z obliži je namenjeno predvsem pacientom, ki ne morejo zaužiti zdravil. Pri pacientih z napredujočim rakom, ki lahko imajo več različnih simptomov hkrati, in pri tistih, pri katerih s peroralnimi zdravili nismo uspešni, se uporablja podkožne aplikacije zdravil s pomočjo črpalk, kamor poleg protibolečinske terapije lahko dodamo še zdravila za zdravljenje ostalih simptomov (Vrbinc & Lopuh, 2017). Prednost črpalke je predvsem v nenehnem dovajanju zdravila in možnosti zdravljenja doma, izognemo pa se tudi neprestanemu zbadanju pacienta (Uštar, et al., 2016).

Pri paliativnem zdravljenju bolečine, ko je bolečina zelo močna, se drugo stopnjo pogosto preskoči. Pri močni, neobvladljivi bolečini se uporablja intraspinalni opioid, selektivno blokado živcev, nevroablativne postopke, ketamin in paliativno sedacijo (Lahajnar Čavlovič, et al., 2015).

Zdravila, kot so antiepileptiki in antidepresivi, so se izkazala za učinkovita pri zmanjševanju nevropatske komponente pooperativne bolečine in če se ta zdravila jemljejo dlje časa, se lahko zmanjša pojavnost kronične pooperativne bolečine. Vendar pa ni soglasja o odmerku in trajanju zdravljenja, saj se je izkazalo, da je enkratni odmerek

zdravil neučinkovit, višji odmerki pa lahko povzročijo povečano sedacijo in potrebo po natančnem spremljanju, zlasti pri starejših (Ohnuma, et al., 2020).

Ker se kar 5–10 % pacientov sooča s hudo kronično bolečino in se je življenjska doba pacientov z rakom podaljšala za 10 let, je na mestu skrb o povzročanju dolgotrajnih neželenih učinkov zaradi jemanja opioidov, predoziranja in tveganja zlorab. Strokovnjaki tako kot strategijo lajšanja bolečin priporočajo tudi uporabo nefarmakoloških metod lajšanja bolečine. Namen teh ukrepov je izboljšanje kakovosti in udobja življenja (Čaušević, 2016).

2.5 FARMAKOLOŠKO ZDRAVLJENJE BOLEČINE

WHO je leta 1986 izdala smernice za zdravljenje bolečine pri raku. Namen smernic je bil zagotoviti z dokazi podprte možnosti zdravljenja za izvajalce zdravstvenih storitev in pomagati pri političnem odločanju o ureditvi opioidov. Od takrat WHO še naprej objavlja posodobitve za uporabo analgetikov in pomožnih zdravil. Ta priporočila so namenjena mladostnikom, starim od 10 let, in odraslim, starejšim od 60 let. Smernice služijo kot večstopenjski pripomoček, ki pacientom omogoča različne možnosti zdravljenja glede na jakost bolečine, ne da bi takoj začeli uporabljati opiate. Z uporabo lestvice WHO morajo zdravstveni delavci oceniti pacientovo stopnjo bolečine. Slaba ocena lahko privede do neustreznega obvladovanja bolečine in nepotrebnega zdravljenja. Ko je opredeljena ustrezna ocena, lahko zdravstveni delavci začnejo z uporabo smernic WHO za zdravljenje bolečine (WHO, 2018).

Zdravljenje bolečine se začne z neopioidnimi zdravili za paciente z blago bolečino. Neopioidi so paracetamol, nesteroidni antirevmatiki (NSAR) in metamizol. Izbere se jih glede na vrsto in jakost bolečine (Shkodra & Caraceni, 2022).

Zmerno bolečino se zdravi z opioidi, ki jih delimo na dolgo delujoče in kratko delujoče. Med šibke opioide štejemo tramadol, ki deluje kratko trajajoče in ga uporabljamo predvsem za zdravljenje prebijajoče bolečine, ter kombinacijo tramadola in paracetamola, ki povzroča boljšo neobčutljivost na bolečinske dražljaje (Lahajnar Čavlovič, et al.,

2015). Močni opioidi so namenjeni pacientom s hudo bolečino, ki za večji nadzor bolečine potrebujejo močnejše odmerke (WHO, 2018). Odmerek lahko večamo, dokler ne dosežemo ustreznega lajšanja bolečine, saj močni opioidi navadno nimajo zgornje meje. Če določen močan opioid ne deluje, ga zamenjamo z drugim opioidom (Lahajnar Čavlovič, et al., 2015).

Zaradi pogostejše uporabe opioidov se lahko pri pacientih razvije toleranca na opioide, ki se kaže kot zmanjšana učinkovitost zdravila po večkratnem dajanju. Povečano odmerjanje morfina pa je pogosto potrebno zaradi okrepljenega napredovanja bolezni in ne zaradi analgetične tolerance (Paul, et al., 2021).

Poleg analgetične tolerance, telesne odvisnosti in zasvojenosti kot glavnih neželenih učinkov dolgotrajnega zdravljenja z opioidi imajo ti tudi druge neželene učinke. Zaprtje je zelo pogost neželeni učinek opioidov. Skoraj 20 % pacientov, ki se dolgotrajno zdravijo z opioidi, doživlja slabost in bruhanje. Depresija dihanja se v primerjavi z drugimi neželenimi učinki pojavlja redkeje, vendar lahko ima usodne posledice (Streicher & Bilsky, 2018).

Lahajnar Čavlovič, et al. (2015) navajajo tudi dodatna zdravila, ki so registrirana za zdravljenje drugih bolezni, vendar jih lahko učinkovito uporabljamo za lajšanje bolečine. Sem spadajo antiepileptična zdravila, antidepresivi, ketamin, lidokain, različni kortikosteroidi in bisfosfonati.

2.6 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBVLADOVANJU BOLEČINE PRI PACIENTIH Z RAKOM PLJUČ

Medicinske sestre imajo ključno vlogo pri obvladovanju bolečine, saj so glavne opazovalke bolečine in neugodja pri pacientih ter zagotavljajo neposredno zdravstveno oskrbo pacientov vse dni v tednu. Večina medicinskih sester deluje kot zagovornice pacientov, ko gre za bolečino in njeno obvladovanje. Za ustrezno zdravljenje bolečine je pomembno, da medicinske sestre natančno ocenijo njeno intenzivnost (Dequeker, et al.,

2018). Medicinske sestre lahko sodelujejo pri lažšanju bolečine pri pacientih z rakom pljuč na več načinov (Shen, et al., 2021):

- Ukrepi farmakološke zdravstvene nege: s pomočjo tristopenjske protibolečinske metode medicinske sestre dajejo analgetike glede na stopnjo bolečine.
- Psihološko podprti ukrepi zdravstvene nege: pozni stadij pljučnega raka pacientom pogosto prinaša anksioznost in depresijo. Bolečina lahko do določene mere poslabša omenjena negativna čustva in celo povzroči pesimizem. V tem času morajo zdravstveni delavci izvajati ciljno usmerjene in prilagojene ukrepe glede na pacientove osebne izkušnje, kulturno ozadje in sorodne zdravstvene izkušnje ter poudarjati nujnost očesnega stika, aktivne komunikacije in izvajati potrebno psihološko podporo za lažšanje njihove bolečine.

Zdravstvena nega je razglašena za holistično disciplino, ki upošteva in skrbi za celotno oskrbo pacienta. Pomemben ukrep, ki ga prav tako pogosto izvajajo medicinske sestre pri pacientih s pljučnim rakom, je zdravstvena vzgoja. Zdravstveno-vzgojno delo s strani medicinske sestre obsega obdobje pred, med in po zdravljenju (Bukovec, 2016). Ta proces je ključnega pomena, saj posameznikom omogoča, da prevzamejo odgovornost za svoje zdravje, razumejo svoje zdravstveno stanje in učinkovito krmarijo po zdravstvenem sistemu. Z zagotavljanjem prilagojene zdravstvene vzgoje lahko medicinske sestre spodbujajo boljše zdravstvene izide in podpirajo paciente pri sprejemanju informiranih odločitev o njihovi oskrbi. Medicinske sestre, ki poučujejo paciente, jih izobražujejo o zdravstvenem stanju, okrevanju, zdravljenju in rehabilitaciji, služijo pa tudi kot izobraževalke skupnosti o vprašanih promocije zdravja in izobraževanja o boleznih (Chaboyer, et al., 2021). Različni raziskovalci so ugotovili tudi, da izobraževanje pred torakotomijo poveča interakcijo med pacientom in zdravstvenim delavcem, izboljša telesno in psihično dobro počutje pacienta ter zmanjša tveganje za zaplete (Cetkin & Tuna, 2019).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA

Namen diplomskega dela je raziskati obvladovanje in vodenje bolečine pri pacientih s pljučnim rakom v terciarni zdravstveni ustanovi. Ugotoviti želimo, kako zdravstveno osebje ocenjuje bolečino, ali je pomoč zdravstvenega osebja pri obvladovanju bolečine uspešna in kakšen pomen ima bolečina za kakovost življenja pacientov.

Cilji diplomskega dela so ugotoviti:

- morebitno prisotnost bolečine pri pacientih ob sprejemu v bolnišnico,
- na kakšen način in kako pogosto so zdravstveni delavci pri pacientih s pljučnim rakom ocenjevali bolečino,
- kakšen pomen ima bolečina za kakovost življenja pacienta s pljučnim rakom,
- ali je bila izvedena pomoč zdravstvenega osebja pri obvladovanju bolečine uspešna.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregledane domače in tuje literature ter določenih ciljev smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- RV 1: Kakšna je pogostost prisotne bolečine pri pacientu ob sprejemu v bolnišnico?
- RV 2: Na kakšen način in kako pogosto zdravstveni delavci pri pacientih s pljučnim rakom ocenjujejo bolečino?
- RV 3: Kako pacienti ocenjujejo učinkovitost pomoči pri obvladovanju bolečine?
- RV 4: Kakšen pomen ima bolečina za kakovost življenja pacienta?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na načelih kvalitativnega raziskovanja.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Teoretični del diplomskega dela smo pripravili s pregledom strokovne literature v časovnem obdobju 2015–2025. Za iskanje del v slovenskem jeziku smo uporabili podatkovni bazi Google Učenjak in Obzornik zdravstvene nege. Tujo literaturo pa smo iskali v podatkovnih bazah Cinahl, Google Scholar, Medline in Pubmed. Osredotočili smo se na naslednje ključne besede v slovenskem jeziku: »bolečina«, »pacient«, »kronična bolečina«, »ocena bolečine«, »pljučni rak«, »aplikacija terapije«, »obvladovanje bolečine«, »zdravljenje bolečine«. V angleškem jeziku pa: »patient«, »pain«, »chronic pain«, »pain assessment«, »lung cancer«, »application of therapy«, »pain management«, »pain treatment«. Uporabili smo tudi Boolov operator AND.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Podatki za kvalitativni del diplomskega dela so pridobljeni s polstrukturiranim intervjujem, ki je bil opravljen s pacienti s pljučnim rakom na oddelku interventne pulmologije na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik), pri katerih je bila v času hospitalizacije prisotna bolečina ali pa so bili napoteni v bolnišnico za ureditev protibolečinske terapije. Pred začetkom raziskave smo od vseh pacientov pridobili soglasje za sodelovanje v intervjuju in dovoljenje za njegovo snemanje. Prvo vprašanje je bilo sociodemografsko, kjer smo ugotavljali starost, zaposlitev in leta delovne dobe. Temu vprašanju je sledilo osem vprašanj odprtega tipa, nekatera izmed njih so imela podvprašanja, ki pa so se prilagajala glede na potek intervjuja. Zanimalo nas je, če je bila bolečina pri intervjuvancih prisotna že doma, kdaj se je pojavila, kako močna je in kdaj je najbolj prisotna. Nato nas je zanimalo, kako bolečina vpliva na njihove vsakdanje aktivnosti in kaj pričakujejo od zdravstvenega osebja, ko se bolečina pojavi. Zadnji sklop vprašanj je namenjen ocenjevanju bolečine. Vprašali smo, kolikokrat na dan jih je zdravstveno osebje povprašalo o bolečini, če so morda o bolečini zdravstveno osebje obvestili sami ter ali jih je po aplikaciji zdravila medicinska sestra prišla ponovno povprašat o jakosti bolečine. Zanimalo nas je tudi, kako jim je bilo predstavljeno ocenjevanje bolečine in ali je bilo zdravstveno osebje pri obvladovanju njihove bolečine uspešno. Vprašanja, ki smo jih zastavili, so slonela na

pregledu strokovne literature (Lahajnar Čavlovič, et al., 2015; Siler, et al., 2019; Ho & Burger, 2020; Hrvatin & Puh, 2021).

3.3.3 Opis vzorca

Za raziskovalni del diplomskega dela smo uporabili namenski vzorec. V naši raziskavi so sodelovali pacienti z oddelka interventne pulmologije Klinike Golnik, ki so imeli v času hospitalizacije prisotnost bolečine. Vsem je bilo skupno, da so pacienti s potrjeno diagnozo pljučnega raka, in vsi so bili pred intervjujem hospitalizirani nekaj dni. Intervjuvali smo paciente različnih starosti in obeh spolov. Pacientov je bilo pet, se je pa že pri P4 in P5 začela ponavljati bistvena vsebina razumevanja, ki je bila cilj raziskave, zato nismo iskali nadaljnjih intervjuvancev. Intervjuvali smo tri moške in dve ženski v starosti med 53 in 78 let. Štirje pacienti so bili v času intervjuja upokojeni, en pacient je bil nesposoben za delo in na čakanju. Vsem sodelujočim je bila zagotovljena anonimnost.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Najprej je bila potrebna odobritev dispozicije s strani Komisije za diplomska in poddiplomska zaključna dela Senata Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Po odobritvi dispozicije smo prošnjo za opravljanje raziskave poslali še Komisiji Republike Slovenije za medicinsko etiko. Intervjuji s pacienti so potekali med marcem in avgustom 2024, posamezen intervju je trajal med 20 in 35 minut. Pred vsakim intervjujem smo pacienta seznanili s potekom intervjuja, pridobili njegov podpis in strinjanje z njegovo izvedbo. Anonimnost jim je bila zagotovljena ves čas raziskave. Vsi intervjuji so bili posneti, kasneje dobesedno pretipkani in analizirani za potrebe raziskave. Analiza podatkov je potekala po metodi kvalitativne vsebinske analize. Ker smo kode določali šele med analizo besedil, smo za proces kodiranja uporabili induktivni pristop odprtega kodiranja. S procesom kodiranja smo določili kode in kategorije posameznim delom besedila ter tako prek njihovega analiziranja prišli do končnih rezultatov (Aveyard, 2019). Vsak sodelujoči je zaradi varovanja osebnih podatkov in popolne anonimnosti označen s svojo oznako (P1, P2, P3 itd.), intervjujev pa zaradi anonimnosti in varovanja osebnih podatkov ne prilagamo.

3.4 REZULTATI

Kvalitativno raziskavo smo opravili na podlagi intervjujev petih pacientov. Po analizi intervjujev smo oblikovali štiri teme, osem kategorij in kode, ki jim pripadajo.

Prvemu raziskovalnemu vprašanju »Kakšna je pogostost prisotne bolečine pri pacientu ob sprejemu v bolnišnico?« smo pripisali naslednje kategorije – pojav in razvoj bolečine, jakost in časovna prisotnost, dejavniki tveganja za nastanek bolečine in obvladovanje bolečine pred sprejemom v bolnišnico.

V tabelah od 1 do 4 je predstavljena tema Prisotnost bolečine ob sprejemu v bolnišnico, ki vključuje zgoraj naštetih štiri kategorije. V okviru kategorije Pojav in razvoj bolečine (tabela 1) smo določili naslednje kode: bolečina, zatekanje, utrujenost, zadihanost, širjenje bolečine in zbadanje.

Tabela 1: Pojav in razvoj bolečine

Kategorije	Kode (n = 6)
Pojav in razvoj bolečine	Bolečina, zatekanje, utrujenost, zadihanost, širjenje bolečine, zbadanje.

Pacienti so nam povedali, kako je prišlo do prvih znakov bolezni, kako so se težave začele in kako se je kasneje razvila bolezen. Bolečina ni bila edini simptom pri pojavu bolezni, izpostavili so tudi druge.

P2 in P3 izpostavita bolečino kot prvi pokazatelj bolezni:

P2: »Najprej me je začela boleti noga, sprva kot išias, potem me je začelo v dimljah boleti, pa kasneje gor v pljučih.«

P3: »Eno leto in 3 mesece so že prisotne bolečine. Sem šel do osebne zdravnice, takrat sem dobil vodo na pljučih in tako sem jo dobil, to bolezen.«

P1 poleg bolečine izpostavi še zatekanje in utrujenost: »Ponoči sem spal izredno malo, zelo me je bolelo. Pa zatekati sem začel. Jaz sem zjutraj tak, kot da bi se ne vem koliko zredil.« Pove pa še: »Da ne omenim tega, kako počasi se gor vlečem.«

P1 in P4 pa sta navajala zadihanost »/.../ ne samo zaradi bolečine, tudi zadiham se in sapo lovim. Zdaj že, če grem tri nadstropja po stopnicah peš, na vrhu sapo lovim.«

P4 doda: »Na začetku bolečine ravno ni bilo, ampak zadihanost pa. Težko sem dihal, to je pa res.«

Bolečina, ki se je pokazala pri vseh pacientih, ni ostala lokalizirana, temveč se je pri marsikomu širila po telesu.

P1: »Mene je bolelo v prsih, ampak je bilo znosno. Potem me je pa začelo boleti zadaj med lopaticami, takrat sploh nisem mogel več ležati.«

P3: »Lani smo bili tukaj zaradi bolečin v pljučih in nismo mogli dihati. Sčasoma se je bolečina razširila po celotnem levem delu telesa.«

P5: »Potem se je širila naprej, predvsem v prsnem košu sem jo, poleg ledvenega dela, zelo čutila.«

Pojavile pa so se tudi ostale težave, kot sta zbadanje in stiskanje:

P5 potarna: »/.../ samo v ledvenem delu desno zadaj. Tam me je pritiskalo in stiskalo.«

P4: »Mene je rezalo, zbadalo. Se usedeš, uležeš, se napneš, ves čas sem jo čutil po rebrih.«

Pri kategoriji Jakost in časovna prisotnost (tabela 2) smo prepoznali naslednje kode: znosna bolečina, stopnjevanje, mirovanje, izrazitejša ob gibanju, nočni čas in težave s spanjem.

Tabela 2: Jakost in časovna prisotnost

Kategorije	Kode (n = 6)
Jakost in časovna prisotnost	Znosna bolečina, stopnjevanje, mirovanje, izrazitejša ob gibanju, nočni čas, težave s spanjem

Jakost bolečine se je med intervjuvanci razlikovala, eden od njih jo je na začetku označil za znosno:

P1: »Ja, v začetku ni preveč bolelo, je bilo kar znosno. Potem me je pa tu začelo zadaj med lopaticami boleti, takrat sploh nisem mogel več ležati, samo še pokonci sem bil. Za 3–4 bi jo ocenil, ampak zadaj je bila pa 7–8, pa to je fajn bolelo.«

P2 pove, da se je bolečina ob premikanju začela stopnjevati in je bila v mirovanju manjša: *»Stopnjevalo se je, tam nekje 6 ali pa 7, če se premikam. Ob mirovanju je boljše, samo saj veste, da čisto pri miru pa tudi ne morem biti.«*

Tudi P3 nam potrdi, da je ob gibanju bolečina izrazitejša: *»8, dobrih 8. Na levi strani reber, pod oprsem spodaj in na levi strani pljuč. To vse me je bolelo. In še dandanes me boli, samo smo pa mejo bolečine znižali na 2 proti 8, ki smo jo imeli prej. Če smo predolgo v gibanju, hitro naraste.«*

Pacienti so izpostavili, da je bila bolečina najhujša v nočnem času. Zaradi tega so imeli težave s spanjem.

P4 nam je zaupal: *»Ponoči je bilo najhujše. Ko sem se ulegel, noben položaj mi ni odgovarjal. Kakorkoli sem se namestil, ves čas sem čutil zbadanje, špikanje.«*

P3 temu pritrdi: *»Ponoči, kadar te ne pusti spati. Bi hotel in ne moreš.«*

P1 nam pove takole: *»Proti jutru. Jaz sem se zaradi bolečine zbudil. Potem pa nisem mogel več zaspati nazaj.«*

Pri tretji kategoriji Dejavniki tveganja za nastanek bolečine (tabela 3) smo izpostavili naslednje kode: kemikalije, dim in kajenje.

Tabela 3: Dejavniki tveganja za nastanek bolečine

Kategorije	Kode (n = 3)
Dejavniki tveganja za nastanek bolečine	Kemikalije, dim, kajenje

Ker bolezen po navadi ne pride brez razloga, smo paciente vprašali, če obstajajo kakšni dejavniki, ki bi lahko vplivali na razvoj njihove bolezni, na primer poklicna izpostavljenost škodljivim snovem.

P1 je naše vprašanje potrdil in navedel izpostavljenost kemikalijam: *»Delal sem kot vzdrževalec v tekstilni industriji, kjer smo imeli veliko prahu in kemikalij. Nismo imeli zaščitnih mask, vse smo vdihavali.«*

P3 pa je izpostavil nekaj možnih dejavnikov, kot sta dim in prah: *»Komunala, prah, dim, fekalije.«*

Tudi dolgotrajna razvada, kot je kajenje, je eden od dejavnikov, ki bi lahko vplival na razvoj bolečine in njeno intenzivnost. Vsi intervjuvanci so bili dolgoletni kadilci.

P1: »Poleg tega pa sem še kadil. Tam enih 50 let sem kadil, pa sem se morda samo za kak mesec zmotil.«

P3: »Je že kakšnih 10 let, da ne kadimo. Kadili smo po škatlo in pol na dan, zraven pa smo tudi pili.«

P4: »Kaditi sem začel kot mladenič in kadil sem 50 let. Škatlo na dan, včasih tudi več.«

Pri zadnji kategoriji prvega raziskovalnega vprašanja Obvladovanje bolečine pred sprejemom v bolnišnico (tabela 4) pa sta izpostavljeni naslednji kodi: brez posveta zdravnika in po pogovoru z zdravnikom.

Tabela 4: Obvladovanje bolečine pred sprejemom v bolnišnico

Kategorije	Kode (n = 2)
Obvladovanje bolečine pred sprejemom v bolnišnico	Brez posveta zdravnika, po pogovoru z zdravnikom

Pacienti so si ob pojavu bolečine najprej poskušali pomagati sami, brez posvetovanja z zdravnikom, in najti način, kako zmanjšati bolečino. Lotili so se ga na enak način, in sicer z zdravili. Najprej s tem, kar so imeli doma.

P1: »/.../ Lekadol sem že imel doma, hišna lekarna.«

P5: »Analgin in Lekadol. Doma sem imela še malo rezerve Nalgesin forte, če sem vzela tistega, je bilo boljše.«

Kasneje pa so si pomagali s terapijo, ki jim jo je po pogovoru predpisal osebni zdravnik.

P1: »Ja, tablete sem dobil od nje na recept /.../. Nalgesin pa ni v prosti prodaji, boš pa recept dobil.«

P3: »Ja, obliže in to. Najprej pa mi je zdravnik predpisal Naklofen.«

P5: »Sprva so mi predpisali Lekadol in Analgin. Pa so bile 4 škatle Analgina, pa 3 škatle Lekadola 1000 mg.«

Za drugo raziskovalno vprašanje »Na kakšen način in kako pogosto zdravstveni delavci pri pacientih s pljučnim rakom ocenjujejo bolečino?« smo prepoznali dve kategoriji in devet kod. Kategoriji sta uporaba lestvic in ukrepi za obvladovanje bolečine.

V tabelah 5 in 6 je predstavljena druga tema Ocenjevanje bolečine. Ta tema je sestavljena iz dveh kategorij, ki so jim dodane ustrezne kode. Za kategorijo Uporaba lestvic (tabela 5) so kode naslednje: številčna, besedna in ni bila predstavljena.

Tabela 5: Uporaba lestvic

Kategorije	Kode (n = 3)
Uporaba lestvic	Številčna, besedna, ni bila predstavljena

Pridobitev pravilne ocene bolečine je za medicinske sestre izjemnega pomena, saj le s pravo oceno lahko učinkovito pristopimo k nižanju bolečine in prispevamo k izboljšanju zdravstvenega stanja pacienta. V ta namen uporabljamo bolečinske lestvice. Paciente smo vprašali, če smo jim predstavili ocenjevanje bolečine in na kakšen način ocenjujejo bolečino. Večina jih uporablja številčno lestvico, nekateri tudi besedno lestvico.

P1: *»Meni je bilo to kar lepo predstavljeno. Ocenjujemo s številkami od 0 do 10. Deset je največja možna bolečina, kjer te skoraj pobere, 0 pomeni, da je ni.«*

P2: *»Ja, želite podatek. Mislite tisto po številkah od 0 do 10? Ste predstavili, ne vi, ampak sestra ob sprejemu.«*

P5: *»Ja, s številkami od 0 do 10. 0 pomeni, da ni bolečine, 10 pomeni že nevzdržno bolečino. Eni pa so me spraševali z močno, zelo močno, v temu smislu.«*

Kljub temu da enemu od pacientov način ocenjevanja sploh ni bil predstavljen, je sam ugotovil, kaj ga sprašujemo. Za oceno bolečine je uporabljal besedno in številsko lestvico.

P4: *»Ne, ne, da bi se spomnil. To pa res ne, podrobno ne. Ampak saj sem kmalu ugotovil, kaj želite od mene. Včasih me vprašate tudi, ali boli malo, srednje ali zelo močno. Nekako imam občutek, da vam da lestvica od 0 do 10 več podatkov.«*

V drugi kategoriji Ukrepi za obvladovanje bolečine (tabela 6) smo prepoznali naslednje kode: obveščanje, nerealna ocena, frekvenca ocenjevanja, odzivnost osebja, spremembe bolečine zaradi čakanja in ponovna ocena.

Tabela 6: Ukrepi za obvladovanje bolečine

Kategorije	Kode (n = 6)
Ukrepi za obvladovanje bolečine	Obveščanje, nerealna ocena, frekvenca ocenjevanja, odzivnost osebja, spremembe bolečine zaradi čakanja, ponovna ocena

Za zagotavljanje dobre zdravstvene oskrbe je zelo pomembno, da pacienti o prisotnosti bolečine obvestijo zdravstveno osebje. Zanimalo nas je, ali zdravstveno osebje ob prisotnosti bolečine obvestijo sami ali čakajo, da jih vprašamo mi. Večina je počakala na prihod zdravstvenega osebja, razen če je bila bolečina prevelika, takrat so poklicali sami.

P1: *»Jaz po navadi počakam, da ura pride, ne da jaz prehitevam pa sitnarim in zahtevam dodatek in ne vem kaj vse še.«*

P2: *»Zelo čakam. Čakam, da pridete. Saj če je res hudo, pa pozvonim. Zdaj sem že 2 noči poklicala, ker zaradi bolečine nisem mogla spati.«*

P5: *»Oboje. Če je blo hudo, sem zmeraj poklicala, če pa nimam bolečin, pa počakam, da eden od vas pride mimo.«*

Ena od pacientk je povedala, da v strahu pred zavrnitvijo zdravila bolečino oceni kot hujšo, kot v resnici je.

P2: *»Lahko pa povem, da verjetno nismo vedno iskreni z oceno. Včasih se bojim, da me ne boste resno jemali. Pa potem povem višjo številko, da mi slučajno ne bi odrekli tablete.«*

Praksa v Kliniki Golnik je, da se vsakega pacienta enkrat na izmeno vpraša po prisotnosti bolečine. Če je bolečina prisotna in je potrebna terapija, se jih sprašuje bolj pogosto. Kako pogosto smo jih o tem spraševali, nam povedo sami:

P1: *»Za moje pojme dovolj. Že to, da me sploh opazite, pa da me vprašate /.../. To se pravi, da sem še živ. In to mi največ pomeni. Drugače pa na vsakem obhodu me vprašate, včasih tudi večkrat na izmeno. Ti si me danes že vsaj trikrat vprašal o bolečini.«*

P5: *»Večkrat na dan. V vsaki izmeni me vprašate, v bistvu vsakič, ko pogledate v sobo.«*

P3: *»Zjutraj me vprašajo, potem pa šele zvečer, ko pride nova izmena. Saj tablete redno dobivamo, samo vpraša pa nas ne vsak.«*

Ker je odzivnost zdravstvenega osebja pri pojavu bolečine ključna, smo želeli preveriti, ali smo pri tem dovolj učinkoviti. Tu so bili odgovori pacientov mešani:

P1 pove, da vedno hitro pridemo: *»Takrat, ko pokličem, vedno hitro pridete.«*

P4 je nasprotnega mnenja, pove, da občasno čaka predolgo: *»Po moji razsodbi predolgo čakam. Ne vedno, ampak ko boli, je vsaka minuta dolga.«*

P5 pa izpostavi, da je treba kdaj malo počakati, enkrat je morala osebje za terapijo še enkrat opomniti: *»Včasih je bilo treba malo počakati, načeloma pa ste takoj prinesli. Enkrat so pozabili, da so mi obljubili tableto, in sem morala ponovno vprašati.«*

Naraščanje bolečine zaradi čakanja na terapijo je nesprejemljivo, večina pacientov zato takšnih izkušenj ni imela:

P1: *»Ne. Saj ko enkrat boli, boli, ma se zdrži, potem pa malo na uro gledaš in si rečeš, zdaj bi bil pa že čas, da zagrabi.«*

P2: *»Ne, bolečina je konstantna. Ves čas me boli, samo kdaj ni tako izrazita.«*

Čeprav se v redkih primerih žal pripeti tudi to in se je pri eni pacientki bolečina zelo povečala:

P5 pove: *»Ta bolečina je takrat narasla. Zato ker /.../, ne vem, namesto ob treh /.../. Kako že – nekaj bi morala dobiti proti bolečinam. Redno terapijo. To pa ni bilo ne takrat ne takrat, ampak je bilo precej kasneje. Tudi za kapljice sem čakala več kot eno uro. Ampak to je bilo samo enkrat.«*

Ponovna ocena bolečine naj bi bila pri vsakem pacientu z bolečino narejena v roku ene ure po prejemu peroralne terapije. Paciente smo vprašali, če se tega držimo:

P1: *»Je, je, kontrola pa je. Ko dobim zdravilo, me kasneje vprašajo, če je bolečina popustila.«*

P2: *»O, ja, večkrat ste prišli nazaj in preverili, kako je zdaj z bolečino. Ne vprašajo ravno vsi, ampak načeloma to naredite, pridete nazaj in preverite.«*

P5: *»Ja. Glede tega ste vestni. Ne vedno po eni uri, ampak pogosto pridete vprašat.«*

Eden od pacientov pa je imel drugačno izkušnjo:

P4: *»Včasih pozabijo vprašati, ali mi je zdravilo pomagalo in če je bolečina manjša.«*

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju »Kako pacienti ocenjujejo učinkovitost pomoči pri obvladovanju bolečine?« smo prepoznali eno kategorijo in pet kod. Kategorija je Učinkovitost zdravil in odprava bolečine.

V tabeli 7 je predstavljena tretja tema Uspešnost pri obvladovanju bolečine. Tema ima eno kategorijo in so ji dodane naslednje kode: zadovoljnost, zmanjšanje, samostojnost, uspešnost, olajšanje.

Tabela 7: Učinkovitost zdravil in odprava bolečine

Kategorije	Kode (n = 5)
Učinkovitost zdravil in odprava bolečine	Zadovoljnost, zmanjšanje, samostojnost, uspešnost, olajšanje

Popolna odprava bolečine je za večino pacientov žal nedosegljiva, zato pa je ustrezno nadzorovana bolečina za paciente izjemnega pomena. P1 nam pove, da je z obravnavo in učinkovitostjo terapije zadovoljen in da mu predpisana terapija zadostuje: *»Jaz mislim, da je tole čisto dovolj. Jaz sem z obravnavo zadovoljen, počutim se boljše, kot sem se, ko sem sem prišel, terapijo ste mi uredili, kaj naj zdaj kompliciram?«*

Tudi P3 pove, da je z učinkovitostjo terapije zelo zadovoljen, z zmanjšanjem bolečine je na nek način dobil nazaj svojo samostojnost in počutje je boljše: *»Zelo, zelo. Če se prej nismo mogli niti konkretno umiti, mi je ta minimalna bolečina dala samostojnost nazaj. Ta teden, ko smo tukaj, ste me dobro porihali. Je že dosti boljše. Zreducirala se mi je bolečina zaradi vseh tablet. Tako da učinki prejemanja teh zdravil so bolečine zelo zmanjšali. In zdaj je počutje boljše.«*

P4 nam zaupa, da smo v njegovem primeru pri odpravi bolečine uspešni, saj se lahko giba po oddelku in gre z obiski na sonce v park: *»Mislim, da ja. Vsaj na mojem primeru. Ko dobim tablete, bolečina večinoma izgine. Vsaj za nekaj časa. In takrat se lahko malo giban po oddelku, grem dol na avtomat po kavo ali pa z obiski v park. Tako da ja, uspešni ste.«*

P5 pa nam žal pove, da je pri njej ves čas prisotna bolečina, tako da pri odpravi nismo uspešni. Doda pa, da je bolečina vsaj obvladljiva: *»V mojem primeru po moje niste*

uspešni, ker bolečina ni šla. Bolečina je prisotna ves čas. Je pa res, da je bolečina vsaj obvladljiva, kar pa prej doma ni bila.»

P2 je predpisana terapija prinesla predvsem olajšanje, čeprav bolečina ostaja: *»Olajšanje, prinesla je olajšanje. Jakost je padla, ni pa nikoli popolnoma izginila. Je za zdržat.»*

Pri četrtem raziskovalnem vprašanju *»Kakšen pomen ima bolečina za kakovost življenja pacienta?«* smo prepoznali eno kategorijo in šest kod. Kategorija je Aktualno stanje in pričakovanja.

V tabeli 8 je predstavljena tema Pomen bolečine za pacientovo življenje. Tema ima eno kategorijo in smo ji dodali naslednje kode: gibanje, socialni stiki, omejena aktivnost, odvisnost od tuje pomoči, zmanjšanje bolečine, upanje v obsevanje.

Tabela 8: Aktualno stanje in pričakovanja

Kategorije	Kode (n = 6)
Aktualno stanje in pričakovanja	Gibanje, socialni stiki, omejena aktivnost, odvisnost od tuje pomoči, zmanjšanje bolečine, upanje v obsevanje

Večina pacientov ima zaradi bolečine težave z gibanjem in potrebujejo pomoč.

P1 ugotavlja, da brez pomoči sicer težko vstane, ko pa je na nogah, ga nič ne ustavi: *»Ne morem več sam vstati iz postelje. Ko pa se enkrat postavim na noge, lahko 'zalaufam'.»*

P3 pove, da se kljub bolečini lahko giba naokrog: *»Ni one neznosne bolečine, da se je ne more prenašati, ne. Je lepo, da se lahko tudi malo sprehodimo.»*

P5 pa pove, da na noge več ne more stopiti: *»Še vedno lahko samo sedim ali ležim, na noge večinoma več ne stopim. Bolečina je vsaj obvladljiva, kar pa prej doma ni bila. Ampak sama ne morem več hoditi.»*

Socialno življenje predstavlja pomemben del pacientovega preživljanja časa v bolnišnici, zato so socialni stiki pri pacientih izrednega pomena. Pohvalijo se, da so vsaj v času obiskov brez bolečin in se lahko pogovarjajo ali sprehajajo s svojci, nekatere svojci z vozičkom odpeljejo v park. Nekateri izpostavijo to, da prav pred obiski vzamejo protibolečinsko terapijo.

P2: »Morfinske kapljice mi pomagajo proti sapi in bolečinam. Po navadi jih vzamem, preden pridejo obiski, lažje se potem pogovarjam.«

P3: »Malo gremo ven, na kavo, v park. Ali pa samo po hodniku gor dol. Ni ono, da si miren, da si čisto negiben.«

P5: »Ko sem dobila obiske, so mi dali tableto in kapljice, sestre so me naložile v voziček in me peljale z njim v avlo, ker je prišla hčera z vnukoma in so me peljali ven v park.«

Žal pa bolečina pomembno vpliva na njihove vsakdanje aktivnosti. Večina intervjuvancev je bila zaradi bolečine prisiljena omejiti aktivnosti, ki so jih prej brez težav opravljali, nekateri pa so jih morali postopoma opustiti.

P3 pove, da mu zdravje ne dopušča življenja, kot ga je imel nekoč: »Srce bi hotelo, telo ne more. Doma imamo hišo, vrt. Zdaj se z vsem ukvarja podmladek. Še avta ne vozimo več, kaj pa če nas vmes zvije zaradi te bolečine?«

P4 izpostavi, da osnovne stvari doma sicer še postori, za kaj več pa je bolečina prehuda: »Ne moreš, enostavno ne moreš delat. Nič ne moreš, omejen si bolj na osnovne stvari. Tuš, kuhanje, stranišče. Vse ostalo je že napor, bolečina samo narašča.«

P2 nam je zaupala, da je popolnoma odvisna od tuje pomoči, da je tudi ona opustila večino aktivnosti in da vse skupaj težko sprejema: »Zelo vpliva. Ne morem nič več delat. Veste, kako hudo je to? Včasih sem za vse poskrbela, zdaj sem pa popolnoma odvisna. Obroke mi vozijo na dom, rabim pomoč pri tuširanju, mladina mi pride pospraviti po stanovanju.«

Pričakovanja pri pacientih so prisotna, vsi imajo željo in upanje, da se bo stanje nekako izboljšalo, da jim bo zdravljenje pomagalo in da pride do zmanjšanja bolečine.

P1 si želi, da mu obljubljena imunoterapija prinese izboljšanje, upa na zmanjšanje bolečine, popolnega izginotja bolečine pa ne pričakuje: »Kaj pa lahko pričakujem za naprej, ne vem. Tega, da bolečina popolnoma izgine, ne pričakujem, upam, da bo ostala znosna, predvsem pa, da imunoterapija prime in da bom še nekaj časa med živimi.«

Pacienti P2, P5 in P3 svoje upe polagajo v obsevanje in si želijo, da bi bilo tovrstno zdravljenje pri njih uspešno.

P2 si želi, da bi bila primerna kandidatka za katerokoli možnost zdravljenja: »Ja, upam, da bo v redu, se mi že zdaj pozna. Želim si, da bi kakšno od zdravljenj prišlo v poštev /.../. Za operacijo so rekli, da ne pride v poštev, je pa vseeno nekaj drugih možnosti, obsevanje, kemoterapija /.../.«

P5: »Zdaj ko so mi dali upanje z obsevanjem, me skrbijo posledice.«

P3: »Da bi se znebili bolečin. To bi bil zelo, zelo velik, močen uspeh. Obsevanje je edina uspešna stvar, ki lahko še kaj naredi.«

3.5 RAZPRAVA

S prvim raziskovalnim vprašanjem smo obravnavali pogostost prisotne bolečine pri pacientih ob sprejemu v bolnišnico. V raziskavi smo ugotovili, da je bila bolečina prisotna pri vseh pacientih, vendar pri večini ni bila edini simptom, lahko pa se je pri nekaterih pacientih pojavila pozneje. Poleg bolečine so bili izpostavljeni še zadihanost, zatekanje in utrujenost, kar so vse simptomi pljučnega raka. Bastani, et al. (2024) potrjujejo naše ugotovitve. Tudi sam v njihovi raziskavi navaja prisotnost bolečine pri vseh pacientih s pljučnim rakom, pri tem izpostavi, da je blago bolečino navajalo 18,8 % pacientov, zmerno bolečino 67,2 % in hudo bolečino 14,1 % pacientov. Prado, et al. (2023) kot najpogostejše simptome navajajo bolečino, kašelj, zadihanost in utrujenost. Zadihanost je prisotna pri 3/4 pacientov s pljučnim rakom in je bila ustrezno nadzorovana le pri 35% pacientov (Johnson & Currow, 2016). Podoben delež navajajo tudi Damani, et al. (2019), ko v svoji raziskavi povejo, da je delež ljudi s pljučnim rakom in dispnejo dobrih 71 %. Naša raziskava je pokazala, da se je jakost bolečine pri pacientih razlikovala, le eden od intervjuvanih pacientov pa jo je, vsaj na začetku, označil za znosno. Zhang, et al. (2022) v raziskavi glede prisotnosti bolečine pri pacientih s pljučnim rakom navajajo drugačne ugotovitve. Povedo, da je kar 48 % od 129 pacientov navedlo, da je bila znosna bolečina razlog, da niso jemali analgetične terapije.

Pacienti v naši raziskavi so izpostavili to, da je bila bolečina ob gibanju izrazitejša kot ob mirovanju, česar pa v literaturi nismo zasledili. Avancini, et al. (2020) za paciente celo priporočajo fizično aktivnost in (telo)vadbo, saj naj bi ta izboljšala kakovost življenja, splošno počutje, mišično maso, pljučno funkcijo in psihološko stanje. Predvsem dispneja

naj bi se občutno poslabšala, če pride do manjka telesne aktivnosti. Razlog za to razliko bi lahko bil, da so bili vsi anketiranci v naši raziskavi še pred obdobjem zdravljenja, bolečino pri njih pa smo pri večini šele dobro pričeli obvladovati. Tako Toohey, et al. (2025) kot Avancini, et al. (2020) priporočajo določene aktivnosti za paciente pred zdravljenjem, med zdravljenjem in po koncu zdravljenja. Med njimi izpostavijo predvsem kardiorespiratorno vadbo, dihalne vaje in jogo.

V raziskavi smo prišli do spoznanja, da je bolečina najbolj izrazita v nočnem času, kar se je pri pacientih kazalo z izrazito nespečnostjo. Wysham, et al. (2015) so v svoji raziskavi potrdili, da imajo pacienti s pljučnim rakom v primerjavi z ostalimi kroničnimi pljučnimi boleznimi višjo stopnjo nespečnosti in bolečine. Vzrok lahko tiči v tem, da ima glede na raziskave (Colosia, et al., 2022) približno 20–35 % pacientov s pljučnim rakom prisotne metastaze v kosteh. Kar 80 % takšnih pacientov lahko zaradi tega izkusi zmerne do hude bolečine. Jin, et al. (2020) so ugotovili, da poenoteno obvladovanje bolečine pacientom s kostnimi metastazami pljučnega raka lahko bistveno olajša bolečino, izboljša kakovost življenja in poveča zadovoljstvo. Bolečina pa ni edina težava pri nespečnosti. Martin, et al. (2021) v svoji raziskavi kot glavno oviro pri nespečnosti izpostavijo slabost in dispnejo.

Izvedeli smo tudi, da so vsi pacienti v raziskavi, preden so se posvetovali z zdravnikom, bolečino pred prihodom v bolnišnico blažili z zdravili. Večinoma so se poslužili tistega, kar so imeli doma – predvsem blagih analgetikov, kot sta Lekadol in Analgin. Ko to ni več zadostovalo, jim je po pogovoru osebni zdravnik predpisal močnejše analgetike, večinoma nesteroidna antirevmatika, kot sta Nalgesin in Naklofen. Podobno povedo tudi Mehuys, et al. (2019), ki v svoji raziskavi navajajo, da so paracetamol in nesteroidni antirevmatiki tisti analgetiki, ki jih ob pojavu bolečine večina izbere prve.

Z drugim raziskovalnim vprašanjem smo od pacientov izvedeli, na kakšen način zdravstveni delavci pri njih ocenjujejo bolečino in kako pogosto so jih zdravstveni delavci o tem spraševali. V bolnišničnem okolju se za prepoznavanje in ocenjevanje bolečine uporabljajo bolečinske lestvice, kar se izkazuje za izjemno pomembno, saj napačno ocenjena bolečina lahko pripelje do nepotrebnega povečanja bolečine pri pacientih in do

morebitnega poslabšanja zdravstvenega stanja. Pacienti v naši raziskavi so za ocenjevanje večinoma uporabljali številčno lestvico (NRS), nekateri so odgovarjali tudi besedno (VRS), noben od teh pacientov pa ni uporabljal vizualne analogne lestvice (VAL).

Tudi Firdous, et al. (2017) so v svoji raziskavi za bolj uporabno izpostavili številčno lestvico; 94 pacientov z rakom in kronično bolečino je izbiralo med številčno in vizualno lestvico in 60 jih je dalo prednost besedni lestvici, 32 jih je izbralo vizualno lestvico, dva med njimi pa nista navajala razlik. Dequeker, et al. (2018) pa so v svoji raziskavi ugotovili, da je stopnja strinjanja med ocenami bolečine medicinskih sester in pacientov nekoliko višja, če medicinske sestre za ocenjevanje bolečine uporabljajo vizualno analogno lestvico.

Izvedeli smo, da je zdravstveno osebje za oceno bolečine pri dveh naših pacientih uporabljalo tako številčno kot besedno lestvico, pri čemer P4 pove: *»Včasih me vprašate tudi, ali boli malo, srednje ali zelo. Nekako imam občutek, da vam da lestvica od 0 do 10 več podatkov.«* Smiselno bi bilo, da bi za oceno bolečine pri posameznem pacientu ves čas bolnišničnega zdravljenja uporabljali enako bolečinsko lestvico, saj lahko z menjavanjem lestvic pride do zmede in nepravilne ocene bolečine, kar lahko posledično privede do povečanja bolečine. Hkrati pa zdravstveno osebje v takem primeru ne razpolaga s pravimi podatki o bolečini in si lahko bolečino razlaga po svoje, pacient pa tako ne dobi ustrezne terapije. Našo ugotovitev potrdijo Malones, et al. (2021), ki izpostavijo, da je za uspešno oceno bolečine pri pacientih nujno potrebno, da vse medicinske sestre na istem oddelku uporabljajo enako orodje za oceno bolečine, saj so, glede na rezultate raziskav, medicinske sestre v različnih raziskavah uporabljale isto bolečinsko lestvico na različne načine in pacienti so zaradi nedosledne uporabe lestvic s strani medicinskih sester težko pravilno poročali o jakosti bolečine.

Paciente smo v sklopu drugega raziskovalnega vprašanja spraševali tudi, na kakšen način zdravstvene delavce obveščajo o prisotnosti bolečine. Večina jih je odgovorila, da počakajo, da se jim prinese terapijo, če pa je bolečina prehuda, pozvonijo in sami obvestijo, da jo potrebujejo. Ena od pacientk je izpostavila, da pri oceni bolečine ni vedno iskren in jo včasih oceni višje, kot realno je, ker se boji, da bo v nasprotnem primeru

ostala brez predpisane terapije. Malones, et al. (2021) so v pregledu 10 raziskav prišli do podobnih ugotovitev. Ugotovili so, da je odnos med medicinsko sestro in pacientom pomembno vplival na poročanje o bolečini. Več kot je bila medicinska sestra prisotna pri pacientu, lažje so o bolečini poročali, čeprav raziskava razkrije, da pa se ob hudih bolečinah pacienti pogosto niso počutili dovolj lagodno, da bi prosili za pomoč, in so raje potrpežli. Tudi odziv medicinske sestre, razpoložljivost zdravstvenega osebja in uporaba lestvic so pomembno vplivali na poročanje o bolečini, saj se je s tem pri pacientu povečal občutek varnosti. Pacienti so pogosto čakali, da medicinska sestra oceni njihovo bolečino, namesto da bi sami poklicali, kar je pomenilo nepotrebno stopnjevanje bolečine. Nekaj pacientov je pravo jakost bolečine prikrivalo zato, da bi dobili ustrezno terapijo, ko bi se jakost močno zvišala. Pomembna ugotovitev je bila tudi, da takrat, ko so videli, da ima medicinska sestra veliko dela, niso poročali o prisotnosti bolečine in so raje potrpežli, kljub temu da jim je bilo naročeno, naj ob pojavu ali stopnjevanju bolečine takoj obvestijo zdravstveno osebje. Izpostavili so še, da bi bilo smiselno, da se pacientom pove, ob kako hudi bolečini naj pokličejo zdravstveno osebje in prosijo za terapijo.

Nadalje smo spraševali, kakšna je bila ob pojavu bolečine odzivnost zdravstvenega osebja. Pacienti so bili različnih mnenj, večinoma so morali na terapijo malo počakati, le eden od pacientov je povedal, da ko pokliče zdravstveno osebje, vedno hitro pridemo. Pri eni od pacientk je zaradi tega bolečina enkrat opazno narasla. Tudi tu so Malones, et al. (2021) prišli do podobnih ugotovitev. Tudi v njihovem pregledu raziskav so bili v nekaj primerih pacienti primorani na terapijo počakati dlje, zato je njihova bolečina narasla in so se spraševali, če medicinske sestre njihovo bolečino sploh razumejo. Ugotovili so tudi, da naj bi bile medicinske sestre ob pojavu bolečine premalo odzivne, kar so v raziskavi pripisali premajhnemu znanju o zdravljenju. Medtem pa Kang in Seo (2022) v svoji raziskavi izpostavita, da je izkušnost medicinskih sester pri zdravstveni oskrbi pacientov z rakom ključna in da je glede na raziskavo velik razkorak pri znanju o zdravljenju rakave bolečine med medicinskimi sestram, starejšimi od 31 let, in mlajšimi od 25 let. Ugotavljata, da več znanja o obvladovanju bolečine kot bo medicinska sestra imela, boljše bo znala to bolečino obvladovati pri pacientu z rakom.

Eden od pomembnih dejavnikov pri obvladovanju bolečine je ponovna ocena bolečine. V raziskavi nas je zanimalo, če so bili pacienti deležni te ponovne ocene, ki naj bi jo zdravstveno osebje ponovilo 30–60 minut po prejemu predpisane terapije, in če je bila ponovna ocena dovolj pogosto izvajana. Večina pacientov je povedala, da jih pride zdravstveno osebje ponovno vprašat, niso pa bili vsi deležni vsakokratnega preverjanja, prav tako se ocena pogosto ni izvajala v 30–60 minutah po aplikaciji terapije. Ho in Burger (2020) navajata, da so v bolnišnici Sierra View Medical Center v Kaliforniji med letoma 2018 in 2019 naredili raziskavo o intenzivnosti bolečine pri pacientih z bolečino. V njej so ugotovili, da je bila intenzivnost bolečine pri pacientih v petih bolnišnicah v Kaliforniji zabeležena le pri 57 % ambulantnih in 53 % bolnišničnih pacientov, o ponovni oceni po zdravljenju bolečine pa je poročalo 34 % ambulantnih in 44 % bolnišničnih pacientov. Ponovna ocena bolečine pri kritično bolnih pacientih v dveh zdravstvenih centrih je bila zabeležena v 66 %, zato so v bolnišnici Sierra View Medical Center zaradi velike uporabe opioidov uvedli protokol, kjer je treba bolečino oceniti pred dajanjem protibolečinskih zdravil in to ponoviti v 30–60 minutah po aplikaciji. Ponovna ocena se jim je zaradi novega protokola dvignila za 50 %.

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju nas je zanimala učinkovitost pomoči pri obvladovanju bolečine pri pacientih. Večina jih je bila s predpisano terapijo zadovoljnih, eden od pacientov je dodal, da je zadovoljen tako z obravnavo kot z obvladovano bolečino. Izpostavijo to, da jim predpisana terapija zadošča, da bolečina po prejeti terapiji popusti ter da jim prinese olajšanje in samostojnost. Lim, et al. (2015) so v svoji raziskavi leta 2012 ocenjevali stopnjo zadovoljstva rakavih pacientov z ocenjevanjem bolečine v bolnišničnem okolju. Za samoocenjevanje so uporabljali lestvico NRS. Stopnja zadovoljstva glede zdravljenja bolečine je bila 79 %, ta stopnja je bila kar za 37 % višja kot ankete iz leta 2006. S tem so dokazali visoko uspešnost obpostelnega merjenja bolečine ob uporabi izključno lestvice NRS. Zhang, et al. (2022) pa so v raziskavi na Kitajskem ugotavljali prisotnost bolečine pri pacientih s primarnim pljučnim rakom; 45,4 % pacientov je poročalo o bolečini med potekom bolezni, 24,2 % pacientov pa je bolečino doživelo v zadnjih 24 urah pred izvedbo ankete. Povprečna intenzivnost bolečine je bila $3,47 \pm 1,55$ na 10-stopenjski lestvici. Skoraj 53 % pacientov je jemalo analgetike, 44,6 % pa opiate. Od 129 pacientov, ki so v zadnjih 24 urah navajali bolečino,

je 56,6 % pacientov predpisana terapija zadoščala, 20 % jih je bilo nevtralnih, 20 % jih na vprašanje ni odgovorilo, le štirje pacienti pa s terapijo niso bili zadovoljni. Dva sta trdila, da jima analgetična terapija ne zadošča, dva pa sta bila mnenja, da so zdravniki prezrli intenzivnost njune bolečine.

Večina pacientov v naši raziskavi je mnenja, da je zdravstveno osebje pri obvladovanju njihove bolečine uspešno, ena pacientka pa pove ravno nasprotno, da s predpisano terapijo pri njej niso uspešni in da ji predpisana terapija ne zadošča, čeprav hkrati prizna, da je bolečina vsaj delno obvladljiva. Podobno trdijo Shi, et al. (2016), ki so v svojem prispevku analizirali značilnosti bolečine in dejavnike, ki vplivajo na izid obvladovanja bolečine pri 152 pacientih s pljučnim rakom z zmerno ali hudo kronično bolečino. Bolečina je bila zmanjšana in ustrezno obvladovana pri 81,6 % pacientov, ki so jim predpisali tridnevno jemanje analgetikov. Izpostavijo to, da je kombinacija opioidov in NSAR nudila boljši nadzor nad bolečino kot opiodi sami.

Z zadnjim, četrtem raziskovalnim vprašanjem smo ugotavljali, kakšen pomen ima bolečina za kakovost življenja pacientov. Pričakovano so odgovorili, da so bili postopoma prisiljeni opustiti in omejiti aktivnosti, ki so jih prej opravljali. Kot se je izrazil eden od pacientov: *»Omejen si bolj na osnovne stvari. Tuš, kuhanje, stranišče. Vse ostalo je že napor, bolečina samo narašča.«* Neo, et al. (2017) v svoji raziskavi pregleda literature ugotovijo, da ima približno polovica odraslih pacientov z rakom težave pri vsakodnevnih aktivnostih. Izpostavijo predvsem osebno higieno, hojo, gospodinjska opravila ter nakupovanje in prevoz.

Tudi socialno življenje se ob pljučnem raku spremeni. Prav vsi pacienti v naši raziskavi so povedali, da jim stiki z bližnjimi v bolnišnici pomenijo največ. König, et al. (2024) se z našimi pacienti strinjajo. Navajajo, da pacienti v njihovi raziskavi socialne stike dojemajo kot občutek varnosti, saj jim s tem prijatelji in družina pokažejo, da jim kljub bolezni stojijo ob strani. Z vsakim obiskom v bolnišnici se je ta občutek večal. Druge raziskave pa kažejo, da je 45 % pacientov z rakom poročalo, da so omejeni pri socialnih dejavnostih, imajo občutek, da so izolirani, in imajo težave z medosebnimi odnosi (van Roij, et al., 2019). Vse to nam samo pove, kako pomembno je zagotavljati in omogočati

socialne stike in podporo bližnjih in kako velik je vpliv slednjih na socialno življenje pacientov, ne le v bolnišnici, temveč tudi po odpustu in v obdobju zdravljenja.

Pacienti v naši raziskavi si želijo, da bi bilo v nadaljevanju zdravljenja bolečine čim manj, čeprav se zavedajo, da ne bo popolnoma izginila. Obsevanje je ena od možnosti zdravljenja, ki je bila predstavljena večini pacientov. Sierko, et al. (2019) navajajo, da ima ravno obsevanje lahko močan vpliv na bolečino, saj je usmerjeno direktno na tumor ali metastazo, in pri 60–80 % obsevanih pacientov pride do znatnega zmanjšanja bolečine. Pacienti v naši raziskavi poudarjajo tudi, da imajo upanje, da bo njihovo zdravljenje uspešno. Ravno o pomenu upanja pa pišeta Petri in Berthelsen (2015), ki sta raziskovali pacientov pogled na ozdravitev pri pacientih s pljučnim rakom med obsevanjem. V svoji raziskavi ugotavljata, da sta bila za obvladovanje vsakdanjega življenja pacientov ključna pozitiven pogled in upanje na okrevanje. Izpostavita ugotovitev, da je imelo upanje dve obliki – eno kot upanje na ozdravitev, drugo pa kot neko univerzalno upanje, bolj mišljeno kot vodilo, ki je paciente usmerjalo in držalo na poti življenja.

Pacienti v naši raziskavi so bili večinoma pozitivno naravnani, kljub temu da jih bolečina spremlja na vsakem koraku, nekaj jih je delno ali popolnoma odvisnih od pomoči zdravstvenega osebja, njihova prihodnost pa je nejasna. Eden od njih je svoj intervju zaključil z besedami: *»Kaj pa lahko pričakujem za naprej, ne vem. Tega, da bolečina popolnoma izgine, ne pričakujem, upam, da bo ostala znosna /.../ in da bom še nekaj časa med živimi.«*

3.5.1 Omejitve raziskave

Zaradi majhnosti vzorca ima naša raziskava svoje omejitve. Intervjuvali smo pet pacientov na enem od oddelkov terciarne klinike, za večjo bazo podatkov bi bilo smiselno intervjuvati več pacientov z različnih oddelkov. Rezultati bi bili gotovo drugačni, če bi raziskavo razširili tudi v druge terciarne ustanove in primerjali, kako k obravnavi bolečine pristopajo tam. Omejeni smo bili tudi pri izvajanju intervjujev, saj veliko pacientov ni ustrezalo našim kriterijem, pogosto se je zgodilo, da je bil pacient brez bolečin, da še ni imel potrjene diagnoze (zanjo ni vedel) ali pa je imel kakšno drugo vrsto raka. Vse to je

močno otežilo in precej podaljšalo izvedbo intervjujev. Težavam navkljub pa smo prišli do rezultatov, ki se v večji meri skladajo s tujimi raziskavami. Naš prispevek je tako lahko v pomoč tistim, ki se bodo z lajšanjem in obvladovanjem bolečine še srečali, in izhodiščna točka pri nadaljnjih raziskavah na tem področju.

3.5.2 Prispevek za stroko in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Zdravstveno osebje je pri obvladovanju bolečine pacientov s pljučnim rakom relativno uspešno, a še vedno je veliko prostora za napredek. Raziskava, opravljena v našem diplomskem delu, je pokazala neenotnost različnih lestvic ocenjevanja bolečine, nekonsistentnost zdravstvenih delavcev pri ponovnem ocenjevanju bolečine in prešibko podporo pacientom, ki so negotovi pri ocenjevanju svoje bolečine. Raziskave, podobne naši, bi zato bilo smiselno narediti tudi v drugih zdravstvenih ustanovah. S primerjavo rezultatov iz različnih ustanov bi dobili širšo sliko dejanskega stanja pristopa do obravnave bolečine v zdravstvenih ustanovah in boljših orodij za izboljšave. To bi bilo dobro izhodišče tudi za pripravo dodatnih izobraževanj za zdravstvene delavce na temo ocenjevanja bolečine, ponovne ocene bolečine, sistematizirane uporabe bolečinskih lestvic in pristopov ravnanja s pacienti na tem področju.

4 ZAKLJUČEK

Bolečina je eden od najpogostejših simptomov pri pacientih s pljučnim rakom. Če ni ustrezno obvladovana, lahko izrazito vpliva na kakovost življenja in počutje pacienta, ki se z njo spopada.

V naši raziskavi je pri vseh intervjuvancih šlo za paciente z diagnozo pljučnega raka, prisotnost bolečine pa je bila pri vseh ugotovljena že pred hospitalizacijo. Bolečino so vsi poskušali obvladovati že predhodno, z blagimi analgetiki brez recepta ali z močnejšimi analgetiki, predpisanimi s strani osebnega zdravnika.

Nadalje smo ugotovili, da je zdravstveno osebje med hospitalizacijo za ocenjevanje bolečine uporabljali različne bolečinske lestvice, kar se je redko izkazalo za učinkovito. Pripomogla pa je večja pogostost preverjanja prisotnosti bolečine. Izkazalo se je, da napačno ocenjena bolečina pri pacientu lahko vodi do nepotrebnega povečanja bolečine, nelagodja, manjše samostojnosti in posledično daljše hospitalizacije. Iz raziskave je razvidno tudi, da bi bilo smiselno pri posameznem pacientu ves čas hospitalizacije uporabljati isto lestvico, tisto, ki mu najbolj ustreza. Prav tako bi bilo treba razmisliti o tem, da se pacientom ob začetku hospitalizacije ustrezno pojasni pravilno uporabo bolečinske lestvice oziroma da se vnaprej določi tisto stopnjo bolečine na uporabljeni lestvici, pri kateri morajo pacienti obvezno sami obvestiti zdravstveno osebje. Raziskava je pokazala, da sta potrebna hitrejša odzivnost medicinskih sester pri pojavu bolečine in ustrezno beleženje ponovne ocene bolečine, saj samo na tak način vidimo, ali predpisana terapija pacientu ustreza ali jo je potrebno prilagoditi.

Na podlagi rezultatov ugotavljamo, da je pri zdravstvenem osebju poleg zadostnega znanja o obvladovanju bolečine ključna določena stopnja empatije, s pomočjo katere je lažje prepoznati različne dejavnike, ki vplivajo na individualno dožemanje bolečine. Naša raziskava je pokazala, da sta razumevanje in dosledna obravnava bolečine, čeprav gre le za eno od posledic diagnoze pljučnega raka, ključna za kakovost življenja pacientov, za pozitiven pogled na okrevanje ter za zaupanje v zdravstveno osebje in zdravljenje.

5 LITERATURA

Alzghoul, B.I. & Abdullah, N.A.C., 2015. Pain Management Practices by Nurses: An Application of the Knowledge, Attitude and Practices (KAP) Model. *Global Journal of Health Science*, 8(6), pp. 154-160. 10.5539/gjhs.v8n6p154.

Avancini, A., Sartori, G., Gkoutakos, A., Casali, M., Trestini, I., Tregnago, D., Bria, E., Jones, L.W., Milella, M., Lanza, M. & Pilotto, S., 2020. Physical Activity and Exercise in Lung Cancer Care: Will Promises Be Fulfilled? *The Oncologist*, 25(3), pp. 555-569. 10.1634/theoncologist.2019-0463.

Aveyard, H., 2019. *Doing a Literature Review in Health and Social Care : A Practical Guide*. 4th ed. London, New York: Open University Press.

Bastani, E., Rizehbandi, M. & Shokri, F., 2024. Prevalence of Pain and Factors Affecting it in Patients with Lung Cancer in Ilam. *International Journal of Cancer Management*, 17(1), p. 136637. 10.5812/ijcm-136637.

Bukovec, V., 2016. Vloga medicinske sestre v zdravljenju pljučnega raka. In: K. Stanič, M. Vrankar & A.L. Vodusek, eds. *Druga šola pljučnega raka*. Ljubljana, 30. september 2016. Ljubljana: Onkološki inštitut, pp. 81-84.

Carlson, L.C., 2016. Effectiveness of the World Health Organization cancer pain relief guidelines: an integrative review. *Journal of Pain Research*, 9, pp. 515-534. 10.2147/JPR.S97759.

Cetkin, H.E. & Tuna, A., 2019. How Does Health Education Given To Lung Cancer Patients Before Thoracotomy Affect Pain, Anxiety and Respiratory Functions? *Journal of Cancer Education*, 34(5), pp. 966-972. 10.1007/s13187-018-1401-1.

Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B. & Graeish, L., 2021. Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 37(2), pp. 82-91. 10.1002/kjm2.12308.

Chiarotto, A., Maxwell, L.J., Ostelo, R.W., Boers, M., Tugwell, P. & Terwee, C.B., 2019. Measurement properties of visual analogue scale, numeric rating scale, and pain severity subscale of brief pain inventory in patients with low back pain: a systematic review. *The Journal of Pain*, 20(3), pp. 245-263. 10.1016/j.jpain.2018.07.009.

Choi, S., Yoon, S.H., Lee, H.J., 2024. Beyond measurement: a deep dive into the commonly used pain scales for postoperative pain assessment. *Korean Journal of Pain*, 37(3), pp. 188-200. 10.3344/kjp.24069.

Cleveland Clinic, 2024. *Lung Cancer*. [online] Available at: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/4375-lung-cancer> [Accessed 6 March 2025].

Colosia, A., Njue, A., Bajwa, Z., Dragon, E., Robinson, R.L., Sheffield, K.M., Thakkar, S. & Richiemi, S.H., 2022. The Burden of Metastatic Cancer-Induced Bone Pain: A Narrative Review. *The Journal of Pain*, 25(15), pp. 3399-3412. 10.2147/JPR.S371337.

Čaušević, M., 2016. Komplementarni in alternativni pristopi lajšanja bolečine pri bolnikih z rakom. In: G. Marinček Garić, ed. *Aktualno!: onkološke teme in dileme. Otočec, 8.-9. april 2016*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege, pp. 99-107.

Damani, A., Ghoshal, A., Salins, N., Muckaden, M.A. & Deodhar, J., 2019. High Prevalence of Dyspnea in Lung Cancer: An Observational Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(3), pp. 403-406. 10.4103/IJPC.IJPC_64_19.

De Munter, J., Dodlek, N., Khmaladze, A., Torcato Parreira, S., Ullgren, H., de Man, R., de Jong, F.A. & Oldermenger, W.H., 2023. The role of cancer nurses in cancer-related

pain management in Europe. *Palliative Care and Social Practice*, 17, pp. 1-12. 10.1177/26323524231216996.

Delgado, D.A., Lambert, B.S., Boutris, N., McCulloch, P.C., Robbins, A.B., Moreno, M.R. & Harris, J.D., 2018. Validation of digital visual analog scale pain scoring with a traditional paper-based visual analog scale in adults. *JAAOS Global Research & Reviews*, 2(3), pp. 1-6. 10.5435/JAAOSGlobal-D-17-00088.

Dequeker, S., Van Lancker, A. & Van Hecke, A., 2018. Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), pp. 160-171. 10.1111/jan.13395.

Drake, G. & de Williams, A.C., 2017. Nursing Education Interventions for Managing Acute Pain in Hospital Settings: A Systematic Review of Clinical Outcomes and Teaching Methods, Pain Management Nursing. *Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 18(1), pp. 3-15. 10.1016/j.pmn.2016.11.001.

E-zdravje, n.d. *Bolečina*. [online] Available at: <https://www.ezdravje.com/bolecina/lajsanje-bolecine/bolecini-pravocasno-reci-ne/> [Accessed 6 March 2025].

Filipponi, C., Masiero, M., Pizzoli, S.F.M., Grasso, R., Ferrucci, R. & Pravettoni, G.A., 2022. Comprehensive Analysis of the Cancer Chronic Pain Experience: A Narrative Review. *Cancer Management and Research*, 12(14), pp. 2173-2184. 10.2147/CMAR.S355653.

Firdous, S., Mehta, Z., Fernandes, C., Behm, B. & Davis, M., 2017. A comparison of Numeric Pain Rating Scale (NPRS) and the Visual Analog Scale (VAS) in patients with chronic cancer-associated pain. *Journal of Clinical Oncology*, 35(31), p. 217. 10.1200/JCO.2017.35.31_suppl.217.

Fitzmaurice, C., Dicker, D., Pain, A., Hamavid, H., Moradi-Lakeh, M., MacIntyre, F.M., Allen, C., Hansen, G., Woodbrook, R., Wolfe, C., Hamadesh, R.R., Moore, A., Werdecker, A., Gessner, B.D., Te Ao, B., McMahon, B., Karimkhani, C., Yu, C., Cooke, G.S., Schwebel, D.C., Carpenter, D.O., Pereira, D.M., Nash, D., Kazi, D.S., De Leo, D., Plass, D., Ukwaja, K.N., Thurston, G.D., Yun Jin, K., Simard, E.P., Mills, E., Park, E.K., Catala-Lopez, F., deVeber, G., Gotay, C., Khan, G., Hosgood, H.D., 3rd., Santos, I.S., Leasher J.L., Singh, J., Leigh, J., Jonas, J.B., Sanabria, J., Beardsley, J., Jacobsen, K.H., Takahashi, K., Franklin, R.C., Ronfani, L., Montico, M., Naldi, L., Tonelli, M., Geleijnse, J., Petzold, M., Shrimel, M.G., Younis, M., Yinemoto, N., Breitborde, N., Yip, P., Pourmalek, F., Lotufo, P.A., Esteghamati, A., Hankey, G.J., Ali, R., Lunevicius, R., Malekzadeh, R., Dellavalle, R., Weintraub, R., Lucas, R., Hay, R., Rojas-Rueda, D., Westerman, R., Sepanlou, S.G., Nolte, S., Patten, S., Weichenthal, S., Abera, S.F., Fereshtehnejad, S.M., Shiue, I., Driscoll, T., Vasankari, T., Alsharis, U., Rahimi-Movaghar, V., Vlassov, V.V., Marcenes, W.S., Mekonnen, W., Melaku, Y.A., Yano, Y., Artaman, A., Campos, I., MacLachlan, J., Mueller, U., Kim, D., Trillini, M., Eshrati, B., Williams, H.C., Shibuya, K., Dandona, R., Murthy, K., Cowie, B., Amare, A.T., Antonio, C.A., Castaneda-Orjuela, C., van Gool, C.H., Violante, F., Oh, I.H., Deribe, K., Soreide, K., Knibbs, L., Kereselidze, M., Green, M., Cardenas, R., Roy, N., Tillmann, T., Li, Y., Krueger, H., Monasta, L., Dey, S., Sheikhabaehi, S., Hafezi-Nejad, N., Kumar, G.A., Sreeramareddy, C.T., Dandona, L., Wang, H., Vollset, S.E., Mokdad, A., Salomon, J.A., Lozano, R., Vos, T., Forouzanfar, M., Lopez, A., Murray, C. & Naghavi, M., 2015. The global burden of cancer 2013. *JAMA Oncology*, 1(4), pp. 505-527. 10.1001/jamaoncol.2015.0735.

Gül, S.K., Tepetam, H. & Gül, H.L., 2020. Duloxetine and pregabalin in neuropathic pain of lung cancer patients. *Brain and Behavior*, 10(3), p. 10527. 10.1002/brb3.1527.

Hirsh, V., 2017. Pain management. *Journal of Thoracic Oncology*, 12(1), pp. 34-35. 10.1016/j.jtho.2016.11.034.

Ho, J. & Burger, D., 2020. Improving medication safety practice at a community hospital: a focus on bar code medication administration scanning and pain reassessment, *BMJ Open Quality*, 9(3), pp. 1-7. 10.1136/bmjopen-2020-000987.

Hochberg, U., Elgueta, M.F. & Perez, J., 2017. Interventional analgesic management of lung cancer pain. *Frontiers in Oncology*, 7(17), pp. 1-10. 10.3389/fonc.2017.00017.

Horvat Rauter, B., 2018. Dejavniki tveganja in psihološka obravnava kronične bolečine pri otrocih in mladostnikih. *Psihološka obzorja*, 27, p. 143.

Hrvatin, I. & Puh, U., 2021. Merske lastnosti številske lestvice za oceno intenzivnosti bolečine pri pacientih z mišično-skeletnimi okvarami na udih – sistematični pregled literature. *Zdravniški vestnik*, 90(9-10), pp. 512-520.

Hu, C., Zhang, H., Wu, W., Yu, W., Li, Y., Bai, J., Luo, B. & Li, S., 2016. Acupuncture for pain management in cancer: A systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1, p. 1720239. 10.1155/2016/1720239.

Jeromel, N., Poteko, E., Vesel, A., Spindler Vesel, A. & Markovič-Božič, J., 2024. Obravnava kronične bolečine. *Medicinski razgledi*, 63(3), pp. 201-217.

Jin, J.J., Xu, T.T., Li, Y.F., Wang, H.Y., Zhang, D., Zhang, P.P., Xu, L.X., Wang, C.X., Fan, Z., Wang, L., Liu, C., Wang, S., Shi, H.T., Li, C.H., Zhang, H.F. & Huang, Y., 2020. Effect of the Standardized Management of Cancer Pain on Patients with Bone Metastasis of Lung Cancer in China. *Cancer Management and Research*, 20(12), pp. 5903-5907. 10.2147/CMAR.S241618.

Johnson, M.J. & Currow, D.C., 2016. Treating breathlessness in lung cancer patients: the potential of breathing training. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 10(3), pp. 241-243. 10.1586/17476348.2016.1146596.

Kang, M. & Seo, M., 2022. Factors Affecting Nurses' Performance of Cancer Pain Management in a Tertiary Hospital. *Journal of Hospice and Palliative Care*, 25(3), pp. 99-109. 10.14475/jhpc.2022.25.3.99.

Karcioglu, O., Topacoglu, H., Dikme, O. & Dikme, O., 2018. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *The American Journal of Emergency Medicine*, 36(4), pp. 707-714. 10.1016/j.ajem.2018.01.008.

Kim, Y.P., Choi, Y., Kim, S., Park, Y.S., Oh, I.J., Kim, K.S. & Kim, Y.C., 2015. Conventional cancer treatment alone or with regional hyperthermia for pain relief in lung cancer: A case-control study. *Complementary Therapies in Medicine*, 23(3), pp. 381-387. 10.1016/j.ctim.2015.04.004.

Kim H.J. & Jung S.O., 2020. Comparative evaluations of single-item pain-intensity measures in cancer patients: Numeric rating scale vs. verbal rating scale. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), pp. 2945-2952. 10.1111/jocn.15341.

Kocsis, T., Lieb, T. & Horváth, I., 2016. Pain Management of Lung Cancer Patient in Hungary. *Value in Health*, 19(7), p. 753. 10.1016/j.jval.2016.09.2320.

König, M., Unsöld, L., Lugwig, J.O., Deis, N., Thomas, M., Poß-Doering, R. & Villalobos, M., 2024. Personal Values, Wishes, and Goals of Patients with Advanced Lung Cancer: A Qualitative Study. *European Journal of Cancer Care*, 1, pp. 1-11. 10.1155/2024/9987322.

Krčevski Škvarč, N., 2017. Protibolečinska oskrba bolnika z rakom pljuč. In: J. Završnik, V. Rečnik-Šiško & D. Kupnik, eds. *Naš dom zdravja. Maribor, maj 2017*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, pp. 79-86.

Kuang, R., Xiong, G., Lv, W., Zhao, Y., Yu, M. & Jiang, J., 2021. Efficacy and safety of acupuncture combined with analgesics on lung cancer pain: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 100(23), pp. 1-4. 10.1097/MD.00000000000026225.

Kumar, J., Alam, M. & Johnson, K.C., 2020. Nonpharmacological interventions for pain management in lung cancer patients: A systematic review. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(4), pp. 444-456. 10.4103/IJPC.IJPC_24_20.

Lahajnar Čavlovič, S., Krčevski Škvarč, N., Stepanovič, A. & Tavčar, P., 2015. *Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom*. 3. izdaja. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovensko zdravniško društvo, pp. 5-54.

Lim, S.-N., Han, H.-S., Lee, K.-H., Lee, S.-C., Kim, J.H., Yun, J.N., Park, S.G., Park, M. J., Choe, Y.H., Ryoo, H.-M., Lee, K.H., Cho, D.Y., Zang, D.Y. & Choi, J.H., 2015. A Satisfaction Survey on Cancer Pain Management Using a Self-Reporting Pain Assessment Tool. *Journal of Palliative Medicine*, 18(3), pp. 225-231. 10.1089/jpm.2014.0021.

Lin, L.-Y., Hung, T.-C. & Lai, Y.-H., 2021. Pain control and related factors in hospitalized patients, *Medicine*, 100(30), pp. 1-5. 10.1097/MD.00000000000026768.

Malones, B.D., Kallmyr, S.S., Hage, V. & Eines, T.F., 2021. How hospitalized patients evaluate and report their pain together with nurses: A scoping review. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), pp. 197-206. 10.1177/20571585211013480.

Martin, R.E., Loomis, D.M. & Dean, G.E. 2021. Sleep and quality of life in lung cancer patients and survivors. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 34(2), pp. 284-291. 10.1097/JXX.0000000000000625.

Mehuys, E., Crombez, G., Paemeleire, K., Adriaens, E., Van Hees, T., Demarche, S., Christiaens, T., Van Bortel, L., Van Tongelen, I., Remon, J.P. & Boussery, K., 2019. Self-Medication With Over-the-Counter Analgesics: A Survey of Patient Characteristics and Concerns About Pain Medication. *The Journal of Pain*, 20(2), pp. 215-223. 10.1016/j.jpain.2018.09.003.

Mercadante, S., Masedu, F., Valenti, M. & Aielli, F., 2020. Breakthrough Pain in Patients with Lung Cancer. A Secondary Analysis of IOPS MS Study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(5), pp. 1337-1343. 10.3390/jcm9051337.

Neo, J., Fettes, L., Gao, W., Higginson, I.J. & Maddocks, M., 2017. Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews*, 61, pp. 94-106. 10.1016/j.ctrv.2017.10.006.

Ohnuma, T., Raghunathan, K., Ellis, A.R., Whittle, J., Pyati, S., Bryan, E.W., Pepin, J. M., Raquel R.R. & Krishnamoorthy, V., 2020. Effects of acetaminophen, NSAIDs, gabapentinoids, and their combinations on postoperative pulmonary complications after total hip or knee arthroplasty. *Pain Medicine*, 21(10), pp. 2385-2393. 10.1093/pm/pnaa017.

Paliativna oskrba, n.d. *Bolečina*. [online] Available at: <https://paliativnaoskrba.si/telesna-pomoc.html> [Accessed 6 March 2025].

Paul, A.K., Smith, C.M., Rahmatullah, M., Nissapatorn, V., Wilairatana, P., Spetea, M., Gueven, N. & Dietis, N., 2021. Opioid Analgesia and Opioid-Induced Adverse Effects: A Review. *Pharmaceuticals*, 14(11), p. 1091. 10.3390/ph14111091.

Pergolizzi, J.V., Gharibo, C. & Ho, K.Y., 2015. Treatment considerations for cancer pain: a global perspective. *Pain Practice*, 15(8), pp. 778-792. 10.1111/papr.12253.

Petri, S. & Berthelsen, C.B., 2015. Lived experiences of everyday life during curative radiotherapy in patients with non-small-cell lung cancer: A phenomenological study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10(1), p. 29397. 10.3402/qhw.v10.29397.

Požlep, G., Škvarč Krčevski, N., Golež Pekle, A., Papuga, V., Jerković Parać, B., Kosmina Štefančič, B., Stepanović, A., Rus Makovec, M., Zaletel, M. & Urbančič Rovan,

V., 2020. *Kronična bolečina v Sloveniji*. [pdf] Slovensko združenje za zdravljenje bolečine. Available at: <https://www.szzb.si/files/static/5> [Accessed 6 March 2025].

Prado, M.G., Kessler, L.G., Au, M.A., Burkhardt, H.A., Zigman Suchsland, M., Kowalski, L., Stephens, K.A., Yetisgen, M., Walter, F.M., Neal, R.D., Lybarger, K., Thompson, C.A., Al Achkar, M., Sarma, E.A., Turner, G., Farjah, F. & Thompson, M.J., 2023. Symptoms and signs of lung cancer prior to diagnosis: case-control study using electronic health records from ambulatory care within a large US-based tertiary care centre. *BMJ Open*, 13(4), p. 068832. 10.1136/bmjopen-2022-068832.

Rajer, M. 2018. *Rak pljuč: kaj mora vsakdo vedeti o tej bolezni*. Ljubljana: Društvo onkoloških bolnikov Slovenije, pp. 1-11.

Shen, Y., Zhou, Y., Hou, J. & Hu, J., 2021. Application effects of evidence-based nursing in pain nursing of advanced lung cancer. *American Journal of Translational Research*, 13(8), pp. 9479-9484.

Shi, L., Liu, Y., He, H., Wang, C., Li, H. & Wang, N., 2016. Characteristics and prognostic factors for pain management in 152 patients with lung cancer. *Patient Preference and Adherence*, 10, pp. 571-77. 10.2147/PPA.S103276.

Shkodra, M., Brunelli, C., Zecca, E., Infante, G., Miceli, R., Caputo, M., Bracchi, P., Lo Dico, S., Kaasa, S. & Caraceni, A., 2022. Cancer pain: Results of a prospective study on prognostic indicators of pain intensity including pain syndromes assessment. *Palliative Medicine*, 36(9), pp. 1396-1407. 10.1177/02692163221122354.

Shkodra, M. & Caraceni, A., 2022. Treatment of neuropathic pain directly due to cancer: an update. *Cancers*, 14(8), pp. 1992-2004. 10.3390/cancers14081992.

Sierko, E., Hempel, D., Zuzda, K. & Wojtukiewicz, M.Z., 2019. Personalized Radiation Therapy in Cancer Pain Management. *Cancers*, 11(3), p. 390. 10.3390/cancers11030390.

Siler, S., Borneman, T. & Ferrell, B., 2019. Pain and Suffering. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(3), pp. 310-314. 10.1016/j.soncn.2019.04.013.

Stražisar, B., Lahajnar Čavlovič, S. & Krčevski Škvarč, N., 2020. *Obvladovanje simptomov v paliativni oskrbi bolnika z rakom*. [pdf] Onkološki inštitut Ljubljana. Available at: https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/staro/RSK/AD5_2_PRIPOROCILA-OBVLADOVANJE-SIMPTOMOV-V-PALIATIVNI-OSKRBI-BOLNIKA-Z-RAKOM-za-RSK.pdf [Accessed 6 March 2025].

Streicher, J.M. & Bilsky, E.J., 2018. Peripherally acting μ -opioid receptor antagonists for the treatment of opioid-related side effects: mechanism of action and clinical implications. *Journal of Pharmacy Practice*, 31(6), pp. 658-669. 10.1177/0897190017732263.

Toohey, K., Mizrahi, D., Hart, N.H., Singh, B., Lopez, P., Hunter, M., Newton, R.U., Schmitz, K.H., Adams, D., Edbrooke, L. & Hayes, S., 2025. Exercise in cancer care for people with lung cancer: A narrative synthesis. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 28(1), pp. 16-25. 10.1016/j.jsams.2024.08.002.

Uštar, T., Čaušević, M. & Serec, M., 2016. *Izbrane vsebine iz področja zdravstvene nege onkološkega bolnika z bolečino*. [pdf] Onkološki inštitut Ljubljana. Available at: https://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/Strokovna_knjiznica/strokovni_dogodki_OI_publikacije/Izbrane_vsebine_iz_podrocja_zdravstvene_nege_2016.pdf [Accessed 6 March 2025].

Van Rooij, J., Brom, L., Youssef-El Soud, M., van de Poll-Franse, L. & Raijmakers, N.J. H., 2019. Social consequences of advanced cancer in patients and their informal caregivers: a qualitative study. *Support Care Cancer*, 27(4), pp. 1187-1195. 10.1007/s00520-018-4437-1.

Vrankar, M., Boc, N., Kern, I., Rozman, A., Stanič, K., Štupnik, T., Unk, M., Ebert Moltara, M., Zadnik, V., Adamič, K., Benedik, J., Bitenc, M., But Hadžić, J., Crnjac, A., Čakš, M., Časar, D., Čirić, E., Čufer, T., Demšar, A., Devjak, R., Gačevski, G., Globočnik Kukovica, M., Gornik Kramberger, K., Ivanetič Pantar, M., Ivanovič, M., Janžič, U., Jelerčič, S., Kloboves Prevodnik, B., Kovačević, M., Ležaić, L., Marc Malovrh, M., Mohorčič, K., Mrak, L., Požek, I., Turnšek, N., Vidmar, B., Vidovič, D., Vlačič, G., Vodusek, A.L., Zbačnik, R. & Žagar, I., 2023. Priporočila za obravnavo bolnikov s pljučnim rakom. *Onkologija*, 23(1), pp. 30-31.

Vrankar, M. & Stanič, K. 2019. *Vodnik za bolnike z nedrobnoceličnim pljučnim rakom v stadiju III*. Ljubljana: Onkološki Inštitut, pp. 12-17.

Vrbinc, M. & Lopuh, M., 2017. Paliativna oskrba–zdravljenje bolečine. In: P. Strnad, Š. Baznik & G. Prosen, eds. *Šole urgence: zbornik. Zreče, 1.-2. december 2017*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 151-154.

World Cancer Research Fund, n.d. *Lung Cancer Statistics*. [online] Available at: <https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/lung-cancer-statistics/> [Accessed 11 August 2025].

World Health Organization (WHO), 2018. *WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents*. Geneva: World Health Organization, pp. 1-36.

Wysham, N.G., Cox, C.E., Wolf, S.P. & Kamal, A.H., 2015. Symptom Burden of Chronic Lung Disease Compared with Lung Cancer at Time of Referral for Palliative Care Consultation. *Annals of the American Thoracic Society*, 12(9), pp. 1294-1301. 10.1513/AnnalsATS.201503-180OC.

Zhang, B., Li, X., Ma, Z., Zhang, S., Song, X. & Gao, H., 2022. Prevalence and management of pain in lung cancer patients in northern China: A multicenter cross-sectional study. *Thoracic Cancer*, 13(11), pp. 1684-1690. 10.1111/1759-7714.14444.

Zhi, W.I., Gentile, D., Diller, M., Kinney, A., Bao, T., Master, V. & Wang, X.S., 2021. Patient-Reported Outcomes of Pain and Related Symptoms in Integrative Oncology Practice and Clinical Research: Evidence and Recommendations. *Oncology (Williston Park)*, 35(1), pp. 35-41. 10.46883/ONC.2021.3501.0035.

6 PRILOGA

6.1 MERSKI INSTRUMENT

Izjava o prostovoljni privolitvi k sodelovanju v raziskavi

Spoštovani,

moje ime je Jan Bešlin, sem študent dodiplomskega študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. V okviru svojega diplomskega dela z naslovom »Obvladovanje bolečine pri pacientu s pljučnim rakom v kliničnem okolju« pod mentorstvom doc. dr. Saše Kadivec, prof. zdr. vzg., bi z Vami, z namenom pridobitve pomembnih podatkov za raziskavo, želel opraviti intervju. Polstrukturirani intervju bo anonimen in uporabljen izključno v raziskovalne namene. V pogovoru, ki bo sneman in dobesedno pretipkan, bomo vašo identiteto skrbno varovali.

Datum:

Podpis:

6.2 VPRAŠANJA ZA INTERVJU

1. Povejte nekaj osnovnih informacij o sebi (starost, zaposlitev, leta delovne dobe).
2. Ali ste imeli ob prihodu v bolnišnico prisotne bolečine?
 - 2a. Ali ste doma imeli bolečino in ali ste jemali protibolečinska zdravila?
 - 2b. Ste se pred prihodom v bolnišnico zaradi bolečin obrnili na osebnega zdravnika?
3. Kdaj se je bolečina prvič pojavila, kako je močna in kje je prisotna?
 - 3a. Kdaj je najbolj prisotna?
4. Kako bolečina vpliva na vaše vsakdanje aktivnosti?
5. Kakšna so vaša pričakovanja glede lajšanja bolečine in življenja nasploh?

6. Kolikokrat na dan vas je MS v času hospitalizacije vprašala o bolečini?

6a. Ali ste ob pojavu bolečine obvestili MS?

6b. Ste zdravila takoj tudi prejeli?

6c. Če ne, je zaradi čakanja bolečina še narasla??

7. Na kakšen način vam je bilo predstavljeno ocenjevanje bolečine?

8. Vas je MS po aplikaciji zdravila prišla ponovno vprašat o jakosti bolečine?

8a. Se je bolečina po prejemu zdravil zmanjšala ali celo izginila?

9. Smo po vašem mnenju pri vas uspešni pri obvladovanju bolečine?

9a. Kakšne izboljšave predlagate za boljše obvladovanje bolečine?