



DRUŠTVO ZA OSKRBO RAN SLOVENIJE • WMAS*

KAKOVOST ŽIVLJENJA PACIENTA Z RANO

Zbornik strokovnih prispevkov

Čatež ob Savi, 09. 03. in 10. 03. 2018



KAKOVOST ŽIVLJENJA PACIENTA Z RANO

KAKOVOST ŽIVLJENJA PACIENTA Z RANO

Čatež ob Savi, 09.03. in 10.03.2018

Zbornik strokovnih prispevkov

Organizator:



Urednica: **Dragica Tomc**

Recenzentki: **doc. dr. Nada Kecelj Leskovec** in **dr. Nataša Kermavnar**, viš.med.ses.,univ.dipl.ped.

Organizacijski odbor: **Mojca Bajec, Branka Kokalj, Dragica Jošar, Marjetka Matoh**

Strokovni odbor: **Nataša Čermelj, Lucija Matič, Vanja Vilar, Anita Jelen, Dragica Tomc**

Lektorica: **Mojca A. Juras, prof.**

Grafično oblikovanje: **Ombra motion**

Založilo in izdalo: **Društvo za oskrbo ran Slovenije (DORS)**

Kraj in leto: **Ljubljana, 2018**

Naklada: **elektronski vir, dostopen na: <http://www.dors.si/>**

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

COBISS.SI-ID=293925888

ISBN 978-961-94173-3-1 (epub)

ISBN 978-961-94173-4-8 (pdf)

KAZALO

KAKOVOST ŽIVLJENJA PRI PACIENTIH S KRONIČNO RANO.....	5
Anita Jelen	
KULTURNE KOMPETENCE PRI OSKRBI RAN.....	16
Marjeta Keršič Svetel mag. Ajda Jelenc	
CERTIFICIRANO IZOBRAŽEVANJE O OSKRBI RAN (ICW/TÜV) ZA PRIDOBITEV NAZIVA WOUND EXPERT ICW®	28
Helena Kristina Halbwachs	
ZAKAJ NASTANE KRONIČNA BOLEČINA?	33
prim.Gorazd Požlep	
ZDRAVLJENJE KRONIČNE BOLEČINE PRI PACIENTU Z RANO	38
doc. dr. Neli Vintar	
VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI PACIENTA S KRONIČNO RANO, KI IMA BOLEČINO	42
Vesna Svilenković Sonja Trobec	
ALI JE MOŽNO KRONIČNO BOLEČINO ZDRAVITI TUDI DRUGAČE?	50
Viki Kotar mag. Darija Peterec Kotar	
VENSKE GOLENJE RAZJEDE IN VPLIV LE-TEH NA KAKOVOST ŽIVLJENJA PACIENTOV	59
Sebastian Probst	
RANE, KI NE CELIJO.....	62
prim. Tanja Planinšek Ručigaj	
ČIŠČENJE KRONIČNIH/KOMPLEKSNIH RAN S TEKOČO PITNO VODO	69
Rasima Koštić pred. Bernarda Djekić	



KAKOVOST ŽIVLJENJA PRI PACIENTIH S KRONIČNO RANO

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC WOUNDS

Anita Jelen,
dipl. m. s., mag. zdr. nege, ET

Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana
anita.jelen@kclj.si

IZVLEČEK

V prispevku so predstavljene raziskave o vplivu kroničnih ran na kakovost življenja, ki so bile izvedene med leti 2000 in 2017. Kronične rane vplivajo na fizično, psihično, duhovno in socialno – ekonomsko zdravje posameznika. Velik problem predstavlja bolečina, ki lahko vodi v depresijo, anksioznost in socialno osamo.

Ključne besede: **kakovost življenja, kronične rane, celjenje kronične rane.**

ABSTRACT

The aim of this paper is to describe research on the impact of chronic wounds on quality of life that have been conducted during the years 2000 and 2017. Chronic wounds have an impact on the physical, psychological, spiritual and socio-economic health of an individual. Pain can represent a major problem that may lead into depression, anxiety and social isolation.

Key words: **quality of life, chronic wounds, chronic wound healing.**

UVOD

Mnogi pacienti s kroničnimi ranami ne trpijo samo zaradi težav, ki so neposredno povezane z rano, temveč imajo težave tudi zaradi finančnih, socialnih in psiholoških dejavnikov, ki močno zmanjšajo kakovost življenja.

Najpogostejše osnovne bolezni, zaradi katerih rane nastanejo, so kronična venska insuficienca (venska golenja razjeda), periferna arterijska okluzivna bolezen in diabetes (diabetično stopalo) ter dolgotrajni pritisk, ki lahko vodi v nastanek razjede. Kronične rane, povezane z njimi, lahko povzročajo hudo bolečino, socialno osamitev in omejeno mobilnost ter tako ovirajo vsakodnevno življenje (Augustin et al., 2010; Augustin et al., 2015).

Pacienti, ki živijo s kroničnimi ranami, imajo lahko tudi psihološke težave, pogosto trpijo za depresijo. Socialna izolacija in slabša samopodoba sta del negativnega vpliva simptomov, ki jih povzroča depresija. Največkrat so prizadeti starejši pacienti, ki imajo že sicer kronična obolenja, povezana z visokim pritiskom (hipertenzijo), debelostjo in vaskularnimi obolenji (Renner in Erfurt-Berge, 2017; Augustin et al., 2010).

Zdravljenje kroničnih ran je zahteven proces, ki vključuje celostno obravnavo pacienta. Augustin in sodelavci (2015) menijo, da so rezultati pacientovih poročanj bistveni pri diagnosticiranju kroničnih ran in, da le- to temelji na treh osnovnih elementih:

1. podrobna lokalna analiza rane,
2. anamneza, pacientova zgodovina, osnovna bolezen in pridružena obolenja,
3. razumevanje pacientove prizadetosti in upoštevanje pacientovih psihosocialnih dejavnikov.

V ta namen je bilo razvitih več vprašalnikov, ki vključujejo posamezna področja, ki so bistvena za ugotovitev pacientovega stanja in merijo kakovost življenja pacientov s kronično rano.

PREGLED LITERATURE

Vprašalniki o merjenju kakovosti življenja pacientov s kronično rano

Vodnosu zdravja do kakovosti življenja (health related quality of life – HRQoL) je bilo razvitih več specifičnih vprašalnikov, na podlagi katerih so raziskovalci ugotavljali stopnjo kakovosti življenja (Blome et al., 2014):

- FLQA-w (Freiburg Quality of Life Assessment for wounds), ki vsebuje 30 vprašanj na treh straneh,
- CWIS (Cardiff Wound Impact Schedule), ki vsebuje 57 vprašanj na sedmih straneh,
- WWS (Würzburg Wound Score), ki vsebuje 21 vprašanj na štirih straneh.

Dolgi in obsežni vprašalniki lahko vplivajo na koncentracijo pacientov ter posledično na nepopolno izpolnjevanje. Ker so zgoraj naštet vprašalniki zelo obsežni in je v njih zelo veliko besedila, so na podlagi teh vprašalnikov razvili še četrtega, krajšega (Wound-QoL), ki naj bi zagotavljal boljše rezultate v smislu pravilnega in številčnejšega izpolnjevanja.

Kakovost življenja pacientov so raziskovalci ocenjevali z različnih vidikov, veliko raziskav je bilo narejenih v kombinaciji različnih vprašalnikov, ki ugotavljajo splošno zdravstveno stanje ali pa pacientovo samopodobo, psihično in duševno zdravje. V ta namen so uporabili naslednje vprašalnike:

- SF-36 (36-Item Short Form Survey Instrument), vsebuje 36 vprašanj s področja splošnega zdravstvenega stanja in dožemanja zdravja, fizične aktivnosti, bolečine, čustvenega stanja, socialnega stanja in delovanja v družbi ter duševnega zdravja (Faria et al., 2011),
- HAQ-20 (Stanford Health Assessment Questionnaire), vsebuje 37 vprašanj (oblačenje, vstajanje, prehranjevanje, hoja, vzdrževanje higiene, motorične sposobnosti, uporaba pripomočkov, potrebna pomoč pri določenih opravilih) (Faria et al., 2011),
- NHP (Nottingham health profile), vsebuje 38 vprašanj s šestih področij (stopnja energije, bolečina, čustvene reakcije, spanje, socialna izolacija, fizične sposobnosti),
- RSE (Rosenberg's self-esteem), vsebuje deset trditev, ki imajo štiri stopnje strinjanja oz. nestrinjanja po Likertovi skali (Rosenberg, 1965),
- Dermatology Quality of Life Index (DLQI),
- Euro-QoL-5D,
- CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale),
- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale),
- PHQ-9 (Patient Health Questionnaire 9-item),
- QIDS (Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report).

Raziskave o kakovosti življenja pacientov s kronično rano

Pregled literature kaže, da je največ raziskav narejenih pri pacientih s kronično rano na spodnjih ekstremitetah - predvsem golenje razjede, sledi diabetično stopalo. Raziskave so večinoma kvantitativne, najpogostejši raziskovalni instrument je vprašalnik. Pri razjedah zaradi pritiska pa je zaradi specifične populacije težko uporabiti kvantitativni pristop, zato so te raziskave večinoma kvalitativne, najpogostejši instrument za izvedbo pa je intervju.

Bolečina je najpogostejše zaznana pri pacientih z golenjo razjedo, bolj intenzivna je pri pacientih z nizkim gleženjskim indeksom (arterijska etiologija) in pri pacientih s kronično vensko insuficienco v tretjem stadiju. Moški pacienti poročajo o hujši bolečini v primerjavi z ženskam. Bolečina vpliva na zmanjšanje fizične aktivnosti (hoja) in povzroča težave s spanjem. Motnje spanja vplivajo na splošno zdravje ter

povečajo možnost nastanka depresije ali celo hujših duševnih motenj (Herber et al., 2007; Green in Jester, 2009).

Srbež, edem, izloček ter neprijeten vonj so pogosto pridruženi spremljevalci golenjih razjed. Srbež se najpogosteje pojavlja pri pacientih s kompresijo (pod povoji) in v neposredni okolici razjede. Pogosto pacienti srbež povezujejo s celjenjem razjede. Skoraj 60 % pacientov z izločkom iz razjede navaja, da je izloček obarvan in ima neprijeten vonj. Neprijeten vonj zelo močno vpliva na pacientovo socialno življenje in vodi v anksioznost, depresijo, slabo samopodobo in s tem zelo slabo kakovost življenja (Herber et al., 2007).

Fizična aktivnost je običajno povezana s stopnjo bolečine in potrebo po prevezah oz. zamenjavo oblog. Večja kot je bolečina in izloček, manjša je fizična aktivnost pacientov. Zmanjšana fizična aktivnost pogosto vodi v debelost, kar je značilno pri pacientih z golenjo razjedo, poveča se tudi odvisnost od svojcev ali prijateljev (Hareendran et al., 2005; Herber et al., 2007).

Miertova in sodelavci (2016) so v raziskavi, ki so jo izvedli pri 61 pacientih z vensko golenjo razjedo (VGR) v domači oskrbi, ugotavljali povezanost kakovosti življenja z upoštevanjem kompresijske terapije. Ugotovili so, da je samo 26 pacientov redno izvajalo kompresijsko terapijo, kakor tudi statistično signifikantno razliko v oceni kakovosti življenja med pacienti, ki so izvajali kompresijsko terapijo in tistimi, ki je niso izvajali. Potrdili so hipotezo, da redno izvajanje kompresijske terapije pozitivno vpliva na kakovost življenja, psihološko boljše počutje in boljše splošno zdravstveno stanje.

Depresija in anksioznost imata velik vpliv na kakovost življenja pri pacientih s kroničnimi obolenji. Pacienti s kroničnimi ranami zelo pogosto poročajo o izgubi samokontrole v vsakodnevem življenju, pogosteje iščejo pomoč pri oskrbi rane in s pesimizmom zrejo v prihodnost (Renner in Erfurt-Berge, 2017). Mednarodna raziskava o vplivu kožnih bolezni na psihično počutje pacientov je pokazala, da je depresije več pri pacientih z golenjo razjedo kot pri ostalih pacientih, ki imajo druge kožne bolezni (Dalgard et al., 2015). Pri najmanj 30 % pacientov s kroničnimi ranami se manifestirajo znaki depresije in/ali anksioznosti, kar je trikrat več kot pri ostali populaciji (Renner in Erfurt-Berge, 2017).

Finlayson in sodelavci (2017) so v raziskavi analizirali 247 pacientov z vensko golenjo razjedo. Ugotovili so, da je imelo 33 % pacientov srednjo do hudo bolečino, simptome depresije, utrujenosti in motnje spanja. Walburn in sodelavci (2017) menijo, da bi lahko depresija sama po sebi upočasnila celjenje ran. Pri pacientih z negativnimi čustvi so dokazali, da se rane pri njih celijo slabše kot pri pacientih, ki imajo manj negativnih čustev. Čas celjenja ran je bil pri pacientih z negativnimi čustvi 22 tednov, pri ostalih pa 11 tednov. Pri pacientih z negativnimi čustvi so tudi zaznali višji nivo stresa in depresije. Vzrok za ta fenomen bi lahko bili disregulativni psihoimunološki dejavniki, ki jih povzroča čustveni stres.

Pri pacientih z diabetičnim stopalom so ugotovili, da jih 39 % trpi za depresijo in 36 % za anksioznostjo. Depresija in anksioznost sta pogostejši pri ženskah (48 % in 46 %) kot pri moških (27 % in 25 %). Različni individualni dejavniki, kot so trajanje sladkorne bolezni, inzulinska terapija, zgodovina miokardnega infarkta, zgodovina diabetične razjede in nedavna operacija stopala, niso bili prepoznani kot dejavnik tveganja za nastanek depresije ali anksioznosti. Depresija ni bila povezana s slabšim celjenjem, temveč v kombinaciji različnih dejavnikov tveganja (Udovichenko et al., 2017).

Pri pacientih z razjedo zaradi pritiska (RZP) je bilo opravljenih relativno malo raziskav v povezavi s kakovostjo življenja. Leta 2000 so Langemo in sodelavci opravili kvalitativno študijo. Z uporabo fenomenološke metodologije so opravili intervju z osmimi pacienti, štirje so imeli prisotno RZP, štirje pa že zaceljeno, vsi

so se zdravili najmanj 6 mesecev. Vse RZP so bile od 2. do 4. stopnje, večinoma so bile 4. stopnje. Šest od osmih pacientov je imelo več RZP. Sedem pacientov je bilo moških in ena ženska, starost pa je bila med 27-52 (M = 38) let. Štirje od osmih pacientov je imelo poškodbo hrbtenice in pri petih pacientih so morali opraviti rekonstrukcijo z režnjem. Pacienti so izrazili vpliv na kakovost življenja in nujnimi življenjskimi spremembami, psihospiritualnim učinkom, bolečino in procesom žalovanja.

METODA

Za iskanje tuje strokovne in znanstvene literature smo uporabili brskalnik Google Učenjak ter podatkovni bazi Pro Quest in CINAHL. Za iskanje literature so bile uporabljene ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: kakovost življenja, kronične rane, celjenje kronične rane/quality of life, chronic wounds, chronic wound healing.

Pri izboru in pregledu literature so bili uporabljeni naslednji vključitveni kriteriji: besedila v slovenskem in angleškem jeziku, članki izdani od leta 2000 do 2018, pacienti s kroničnimi ranami.

Izključitveni kriteriji so bili: besedila v drugih jezikih, raziskave pred letom 2000, raziskave, kjer je bila v vzorec sodelujočih zajeta ostala populacija.

Rezultati

Glede na vključitvene in izključitvene kriterije je bilo v pregled literature vključenih 17 raziskav. Rezultati so prikazani v Tabeli 1.

Avtor/-ji	Namen raziskave	Populacija in vrsta intervencije	Rezultati in zaključki
Langemo DK, 2005	Ugotoviti vpliv RZP na kakovost življenja.	Kvalitativna študija, 8 pacientov (4 s prisotno RZP, 4 po zacelitvi RZP), izveden intervju.	Vsi pacienti so izrazili velik vpliv RZP na kakovost življenja, velik vpliv je bil v vsakodnevnem življenju, kjer je bilo potrebnih veliko sprememb, RZP je imela vpliv na psihično in spiritualno življenje, prisotna je bila bolečina in vsi so bili v procesu žalovanja. RZP je imela negativen vpliv na njihovo socialno življenje (osama), samopodobo, prisotna velika finančna obremenitev.
Gorecki C et al., 2009	Sistematični pregled, katerega namen je bil identificirati vpliv RZP na kakovost življenja povezanega z zdravljenjem in intervencije, ki so bile potrebne.	Kombinirana sinteza kvalitativnih in kvantitativnih raziskav, sistematični pregled 13 podatkovnih baz in metasinteza.	Pregled je vključeval 10 kvalitativnih in 21 kvantitativnih raziskav; v 31 študijah je bilo vključenih 2463 pacientov z RZP. Velikost vzorcev je znašala od 5 do 468 pacientov v akutni in dolgotrajni oskrbi v Evropi, ZDA, Aziji in Avstraliji. Starost se je gibala od 17 do 96 let, s približno 35 % starimi 65 let in več. Ugotovili so, da je RZP vplivala na 11 pomembnih področij: fizični vpliv in omejitve, socialni vpliv, psihološki vpliv, vpliv simptomov RZP (bolečina, vpliv na vsakodnevno življenje, izloček, neprijeten vonj), vpliv na splošno

			zdravstveno stanje, vpliv na druge (odvisnost od pomoči drugih), finančni vpliv, potrebe po intervencijah (blazine, oskrba razjede, lajšanje bolečine), odnos med pacientom in zdravstvenim osebjem, znanje o RZP.
Hopkins A, 2006	Ugotoviti izkušnje pacientov z RZP.	Pilotna raziskava, kvalitativna. Metoda: Heideggerian-ov fenomenološki pristop, intervju. Vključeni: osem pacientov starih nad 65 let, RZP stopnje 3 ali 4, ki trajajo vsaj en mesec, niso smeli imeti poškodb hrbtenice.	Identificirali so tri glavne skupine težav (iz osmih zapisov), vse so izražale občutek nemoči: • RZP povzročajo neskončne bolečine, • RZP omejujejo življenje, • spopadanje z RZP.
Spilsbury K, 2007	Ugotoviti doživetje in izkušnje pacientov z RZP ter vpliv njihovega zdravljenja na kakovost življenja.	Kvalitativna raziskava, intervju. Vključenih 23 hospitaliziranih pacientov z RZP (5 M, 18 Ž; 33-92 let).	Pri večini pacientov (91 %) so ugotovili, da RZP prizadene njihovo čustveno, duševno, socialno in fizično zdravje. 91 % je trpelo bolečine, RZP je imela neprijeten vonj in izloček.
Renner R, Erfurt-Berge C, 2017	Pregled trenutnih merilnih orodij in učinkov depresije na kakovost življenja pri pacientih z ranami.	Sistematični pregled literature. Prikazani so vprašalniki, ki merijo vpliv depresije na kakovost življenja pri pacientih s kroničnimi ranami.	Dlje časa trajajoče kronične rane so povečale možnost nastanka depresije, večina pacientov pa je že kmalu po nastanku kronične rane imela simptome anksioznosti (tesnobe). Ti pacienti bi potrebovali zgodnjo psihološko obravnavo, zlasti ženske in pacienti, ki imajo višjo stopnjo bolečine. Paciente lahko prizadene depresije neodvisno od njihovega socialnega okolja. Nekaterih dejavnikov ni mogoče spremeniti, na primer starosti ali spola. Vendar pa so tesnoba, depresija in bolečina dejavniki, na katere lahko zelo dobro vpliva zdravnik. Tudi nepomičnost pacienta je potrebno obravnavati kot pomemben dejavnik in jo je potrebno čim bolj optimizirati.
Blome C et al., 2014	Cilj te raziskave je bil razviti kratek vprašalnik za merjenje kakovosti življenja v povezavi z zdravjem (HRQoL) pri pacientih s kroničnimi ranami.	Na podlagi treh obsežnih, validiranih vprašalnikov, ki so ocenjevali HRQoL pri pacientih s kroničnimi ranami, so razvili krajšega – Wound-QoL.	Krajši vprašalnik vsebuje vseh 92 pomembnih elementov in ima dobre psihometrične lastnosti. Interna konsistenca, konvergentna veljavnost in odzivnost so bili analizirani z uporabo podatkov iz preučevanih vprašalnikov (nov pristop, imenovan virtualna validacija).
Augustin M et al., 2015	Rezultati anket, ki jih izpolnijo pacienti (poročila pacientov), so bistveni elementi diagnosticiranja in zdravljenja pacientov	Metode: pregled literature o vključevanju različnih poročil pacientov v praksi.	Rezultati anket, ki so jih izpolnili pacienti, so nepogrešljive informacije za razumevanje bio-psihosocialnega konteksta pri zdravljenju kroničnih ran. Bistvene dimenzije, ki jih je potrebno upoštevati so: bolečina, kakovost vsakodnevnega življenja, spoštovanje,

	s kroničnimi ranami. Namen raziskave je bil zagotoviti, da se poročila pacientov upoštevajo pri diagnosticiranju in zdravljenju.		socialno-ekonomski položaj, psihološki parametri. Obvezno je potrebno upoštevati rezultate poročil pacientov pri diagnosticiranju in zdravljenju.
Oien RF, 2013	Oceniti kakovost življenja v povezavi z zdravjem (HRQoL) pri pacientih s kroničnimi ranami, ki slabo celijo in jih spremljati še 6 mesecev po zacelitvi rane.	50 pacientov, uporabljen EQ-5D vprašalnik.	Ugotovili so signifikantno razliko med pacienti, ki so imeli odprto rano, in pacienti po zacelitvi rane. Signifikantne razlike pa ni bilo med pacienti, ki so imeli ravnokar zaceljeno rano, in pacienti po šestih mesecih po zacelitvi. Spol, starost in trajanje kronične rane ni imelo vpliva na HRQoL, medtem ko je velikost rane imela vpliv. Raziskava je dokazala, da imajo pacienti po zacelitvi boljšo kakovost življenja.
Hopman MA et al., 2013	Namen te raziskave je bil identificirati demografske in klinične značilnosti povezane z bolečino in zmanjšano HRQL pri pacientih z VGR.	Izhodiščni podatki so bili združeni iz dveh raziskav, ki sta potekali med letoma 2001 in 2007 (n = 564). Bolečino so merili z uporabo numerične bolečinske lestvice (NPS). HRQL je bila izmerjena z vprašalnikom SF-12.	Ugotovili so veliko povezanost bolečine na HRQL.
Guarnera G et al., 2017	Oceniti bolečino in kakovost življenja pacientov z VGR.	Multicentrična presečna raziskava v Italiji. Vprašalnik SF-12, ocena bolečine po VAS. Vključenih 381 pacientov, 233 Ž in 148 M. Pacienti so imeli različne kronične rane. Pacienti z VGR (52 %), ostale rane (48 %).	Pacienti z VGR so imeli dnevno visoke povprečne vrednosti VAS (44,4) in ponoči (44,9). Vendar pa je bila višja povprečna vrednost zabeležena pri prevezi rane, ko je bila podobna srednji vrednosti ishemične razjede (57,5 proti 56,3). Bolečina je bila neposredna povezana s kakovostjo življenja, ki je bila slabša pri večjih in dlje časa odprtih ranah. Ishemične rane so zelo boleče in povzročajo slabšo kakovost življenja. Potrebno je lajšanje bolečine, še posebej pred prevezo rane.
Herber et al., 2007	Analiza raziskav, ki merijo kakovost življenja pacientov z VGR in na podlagi izsledkov pripraviti priporočila za izboljšanje izobraževalnega programa za paciente z VGR in agencije, ki se	Sistematični pregled literature. Vključene raziskave med leti 1990 in 2006 v angleškem in nemškem jeziku.	24 izvernih raziskovalnih člankov je izpolnjevalo merila za vključitev; 11 kvantitativnih, 11 kvalitativnih, 2 kombinirani metodi. Kvantitativne raziskave so pogosto raziskovale parametre bolečine, spanca, socialne izolacije in fizične mobilnosti. Pacienti so imeli bistveno več bolečin, več omejitev pri vključevanju v družbo, slabšo splošno vitalnost, več čustvenih težav.

	ukvarjajo z učenjem o samooskrbi.		Druga problemska področja so bila: omejitve delovne sposobnosti, omejitve pri rekreaciji in socialnih interakcijah. Ugotovili so, da imajo pacienti z VGR pomanjkljivo znanje, zato bi bilo potrebno izboljšati zdravstveno vzgojo, kakor tudi zdravstveno nego in medicinsko oskrbo.
Miertova et al., 2016	Cilj prispevka je bil opisati izbrane vidike kakovosti življenja pri pacientih z VGR ter ugotoviti kakovost življenja glede na stopnjo izvajanja kompresijske terapije.	Vključenih 61 pacientov z VGR, starost $68,59 \pm 9,49$ let, povprečna dolžina zdravljenja ran je $6,34 \pm 5,51$ let. Za pridobitev empiričnih podatkov so uporabili prilagojeni vprašalnik FLQA-w.	Ugotovitve so pokazale, da je bil najslabši rezultat dosežen v kategoriji vsakodnevnega življenja ($3,61 \pm 0,93$). Statistično pomembne razlike so bile ugotovljene med skupinami anketirancev, ki dnevno izvajajo kompresijsko terapijo, in tistimi, ki je ne izvajajo. Redna kompresijska terapija je tesno povezana s celjenjem VGR ($p = 0,043$), psihosocialnem življenjem ($p = 0,023$), dobrim počutjem ($p = 0,001$), oceno stanja rane ($p = 0,032$), oceno zdravstvenega stanja ($p = 0,019$) in splošne kakovosti življenja ($p = 0,014$). VGR poslabšajo kakovost življenja pacientov – bolečina, slabši finančni položaj, negativna čustva.
Green J, Jester R, 2009	Ugotoviti vpliv VGR na kakovost življenja.	Sistematični pregled kvalitativnih raziskav, ki raziskujejo kakovost življenja pacientov z VGR. Analiza osmih raziskav.	Analiza je pokazala naslednja problematična področja: bolečina, motnje spanja, socialna izolacija, osamljenost, psihološki problemi. Bolečina je najpogostejši problem, predvsem pri prevezi rane. Težave pri vsakodnevnih aktivnostih: mobilnost, osebna higiena, problem s primerno obutvijo, sprememba osebnega stila. Pacienti pogosto navajajo izloček iz rane in neprijeten vonj. VGR je za paciente težko stanje, ki zelo omejuje življenje. Ni dovolj, da se zdravljenje omeji le na rano, temveč je potrebno upoštevati vse vidike, ki slabšajo kakovost življenja.
Franks PJ, Moffat CJ, 2001	Nottingham health profile (NHP) je bil uporabljen v več raziskavah pri pacientih z VGR. Ta raziskava je bila izvedena za primerjavo med vprašalnikoma NHP in MOS 36 (SF-36).	383 pacientov z VGR v štirih zdravstvenih zavodih je bilo ob prvem obisku klinično pregledanih, izpolnili so vprašalnik NHP. Po 12 tednih kompresijske terapije so bili ponovno pregledani.	Pri 37 % pacientov se je po 12 tednih zdravljenja VGR popolnoma zacelila. Ugotovljeno je bilo, da je vprašalnik SF-36 primeren za uporabo pri pacientih z VGR, vendar slabo zazna spremembe pri spreminjajoči VGR (ko se stanje VGR spremeni). NHP ima podobne značilnosti, vendar je bolj občutljiv in bolje zazna spremembe pri spreminjajoči VGR.

		Podatke so primerjali s prejšnjo raziskavo, kjer so uporabili vprašalnik SF-36.	Ugotovljeno je, da je NHP primernejši za ugotavljanje kakovosti življenja pri pacientih z VGR od vprašalnika SF-36.
Faria E, 2011	Oceniti kakovost življenja pacientov z VGR, samospoštovanje in funkcionalni status.	Vključenih 80 pacientov z VGR in 80 pacientov brez VGR (kontrolna skupina). Uporabili so vprašalnike SF-36, RSE in HAQ-20.	Prisotnost VGR je statistično značilno vplivala na kakovost življenja (SF-36), kakor tudi na funkcionalni status (HAQ-20). Na samospoštovanje (RSE) ni imela vpliva.
Snyder RJ, Hanft JR, 2009	Ugotoviti vpliv diabetičnega stopala na kakovost življenja, oceniti stroške zdravljenja, morbiditeto in mortaliteto ter izdelati priporočila za optimalno zdravstveno oskrbo pacientov s sladkorno boleznijo in diabetičnim stopalom.	Kvaliteto življenja so ugotavljali z vprašalnikom MOS-SF 12. Stroške - z retrospektivno kohortno raziskavo. Morbiditeta in mortaliteta – retrospektivna (10 let) raziskava.	Diabetično stopalo ima statistično značilno povezavo s povečano morbiditeto in mortaliteto, z resnimi komplikacijami (osteomielitis in amputacije) in s stroški. Negativno vpliva na kakovost življenja.
Jaksa PJ, Mahoney JL, 2010	Oceniti in validirati vprašalnik CWIS v primerjavi s SF-36 pri pacientih z diabetičnim stopalom. Oceniti veljavnost CWIS glede na oceno resnosti diabetičnega stopala v primerjavi s teksaškim klasifikacijskim sistemom.	Vključenih 30 pacientov starih nad 18 let. Uporabljen vprašalnik SF-36 in CWIS, narejena je bila ocena rane po teksaški klasifikaciji.	Raziskava je bila omejena s sorazmerno majhnim vzorcem. Večji vzorec bi omogočil podrobnejšo analizo glede na komorbidnosti. CWIS je zanesljiv in veljaven v primerjavi s SF-36. Za določitev veljavnosti CWIS glede na oceno resnosti diabetičnega stopala v primerjavi s teksaškim klasifikacijskim sistemom pa bi bilo potrebno narediti več raziskav.

Tabela 1: Pregled literature.

RAZPRAVA

Življenje s kronično rano je močna čustvena izkušnja, saj raziskave kažejo, da ima več kot 25 % pacientov simptome depresije ali anksioznosti (Green, Jester, 2009).

Ocena funkcionalnega stanja in kakovosti življenja je temeljnega pomena v zdravstveni oskrbi pacientov s kroničnimi ranami in bi jo bilo potrebno izvajati. Večina raziskav je vplive na kakovost življenja razdelila v več kategorij. Najbolj pogosto so omenjeni vpliv na fizično zdravje in vsakodnevne aktivnosti, bolečina, psihične težave, socialna izolacija, zmanjšana aktivnost, izcedek iz rane ter neprijeten vonj, finančne težave. Bolečina je večinoma prisotna pri pacientih z golenjimi razjedami, predvsem pri tistih, ki imajo nizek gleženjski indeks (ishemične rane). Pri zdravljenju je potrebno nameniti dovolj pozornosti lajšanju bolečine, še posebno pred prevezo rane. 24 % pacientov ima težave zaradi neprijetnega vonja in izcedka iz rane, kar vodi v socialno izolacijo, anksioznost in depresijo. Fizična aktivnost se zaradi kroničnih ran signifikantno zmanjša, kar vodi - predvsem pri pacientih z VGR - v debelost, slabše zdravstveno stanje in počutje, poveča se tudi odvisnost od pomoči drugih. Večina pacientov poroča o slabšem vzdrževanju

higijene, saj jim kronična rana otežuje umivanje in kopanje, po drugi strani se pa tudi bojijo, da bi jim umivanje in kopanje škodilo pri celjenju rane. Izredno pomembna je zdravstvena vzgoja pacientov s kronično rano, raziskave so dokazale, da je njihovo znanje izredno pomanjkljivo. Spremenjena telesna podoba negativno vpliva predvsem na ženske, veliko žensk je zaradi skrivanja povojev in oteklih nog začelo nositi hlače, kljub temu, da so se v njih slabo počutile. Problemi se pojavljajo tudi zaradi obutve, večina pacientov zaradi tega, ker ne najdejo primerne obutve, opusti dnevne sprehode in rekreacijo. Pogosto imajo pacienti zaradi režima zdravljenja (kompresijska terapija) neprijetne občutke, se počutijo neudobno in so nezadovoljni, pogosto ima omenjeno zdravljenje tudi negativni finančni učinek (Herber et al., 2007).

ZAKLJUČEK

Zdravstvena obravnava pacientov s kroničnimi ranami zahteva interdisciplinarni timski pristop in predvsem veliko empatije vseh zdravstvenih delavcev, ki so vpleteni v proces zdravljenja in rehabilitacije. Paciente je potrebno obravnavati celostno in ne samo iz vidika osnovne bolezni, katere posledica je kronična rana. V literaturi ni bilo zaslediti nobene raziskave v Sloveniji, ki bi raziskovala vpliv kroničnih ran na kakovost življenja. Vsi tuji raziskovalci omenjenega področja predlagajo, da se ankete o kakovosti življenja redno izvajajo pri vseh pacientih s kroničnimi ranami, saj so izidi oz. poročila pacientov bistveni del diagnosticiranja in zdravljenja.

LITERATURA

1. Augustin M, Herberger K, Rustenbach SJ et al. (2010). Quality of life evaluation in wounds: validation of the Freiburg Life Quality Assessment-wound module, a disease-specific instrument. *International of Wound Journal*; 7 (6): 493-501.
2. Augustin M, Blome C, Goepel L et al. (2015). Patient-reported outcomes as diagnostic tools and clues in chronic wounds: Considerations for practice. *Wound Medicine*; 8: 6–14.
3. Blome C, Baade K, Debus ES, et al. (2014). The "Wound-QoL": a short questionnaire measuring quality of life in patients with chronic wounds based on three established disease-specific instruments. *Wound Repair Regen*; 22 (4): 504-514.
4. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L et al. (2015). The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *Journal of Investigative Dermatology*; 135 (4): 984-991.
5. Faria EC (2011). Health-related Quality of Life, Self-esteem and Functional Status of Patients With Leg ulcers. *Wounds*; 23 (1): 4-10.
6. Finlayson K, Miaskowski C, Alexander K et al. (2017). Distinct Wound Healing and Quality-of-Life Outcomes in Subgroups of Patients With Venous Leg Ulcers With Different Symptom Cluster Experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*; 53 (5): 871–879.
7. Franks PJ, Moffat CJ (2001). Health related quality of life in patients with venous ulceration: Use of the Nottingham health profile. *Quality of Life Research*; 10: 693-700.
8. Gorecki C, Brown JM, Nelson AE et al. (2009). Impact of pressure Ulcers on Quality of Life in Older Patients: A Systematic Review. *Journal compilation The American Geriatrics Society*; 57: 1175-1183.

9. Green J, Jester R (2009). Health-related quality of life and chronic venous leg ulceration: part 1. *Wound Care*: 12-17.
10. Guarnera G, Tinelli G, Abeni D et al. (2017). Pain and quality of life in patients with vascular leg ulcers: an Italian multicentre study. *Journal of Wound Care*; 16 (8): 347-351.
11. Hareendran A, Bradbury A, Budd J et al. (2005). Measuring the impact of venous leg ulcers on quality of life. *Journal of Wound Care*; 14 (2): 53-57.
12. Herber OR, Schnepf W, Rieger M. (2007). A systematic review on the impact of leg ulceration on patients quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*; 5:44. Dostopno na: <http://www.hqlo.com/content/5/1/44> (30. 1. 2018).
13. Hopkins A, Dealey C, Bale S et al. (2006). Patient stories of living with a pressure ulcer. The Authors, Journal compilation Blackwell Publishing Ltd: 345-353.
14. Hopman MA, Buchanan M, VanDenKerkhof EG et al. (2013). Pain and health-related quality of life in people with chronic leg ulcers. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*; 33 (39): 167-174.
15. Jaksá PJ, Mahoney JL (2010). Quality of life in patients with diabetic foot ulcers: validation of the Cardiff Wound Impact Schedule in a Canadian population. *International Wound Journal*; 7 (6): 502-507.
16. Langemo DK (2005). Quality of Life and Pressure Ulcers: What is the Impact. *Wounds*. Dostopno na: <http://www.woundsresearch.com/article/3625> (30. 1. 2018).
17. Miertova M, Dlugošova K, Ovšonkova A et al. (2016). Chosen aspects of quality of life in patients with venous leg ulcers. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*; 7 (4): 527-533.
18. Oien RF et al. (2013). Assessing quality of life in patients with hard-to-heal ulcers using the EQ-5D questionnaire. *Journal of Wound Care*; 22 (8): 442-446.
19. Renner R, Erfurt-Berge C (2017). Depression and quality of life in patients with chronic wounds: ways to measure their influence and their effect on daily life. *Chronic Wound Care Management and Research* 2017; 4 143–151.
20. Rosenberg M (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press. Dostopno na: http://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self_Measures_for_Self-Esteem_ROSENBERG_SELF-ESTEEM.pdf (30. 1. 2018).
21. Snyder RJ, Hanft JR (2009). Diabetic Foot Ulcers-Effects on Quality of Life, Costs and Mortality and Role of Standard Wound Care and Advanced-Care Therapies in Healing: A Review. *Ostomy Wound Management*; 55 (11): 28-38.
22. Spilsbury K, Nelson A, Cullum N et al. (2007). Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*; 57 (5): 494-504.
23. Udovichenko OV, Maximova NV, Amosova M et al. (2017). Prevalence and prognostic value of depression and anxiety in patients with diabetic foot ulcers and possibilities of their treatment. *Current Diabetes Reviews*; 13: 97–106.
24. Walburn L, Weinman J, Norton S et al. (2017). Stress, illness perceptions, behaviors and healing in venous leg ulcers: findings from a prospective observational study. *Psychosomatic Medicine*; 97 (5): 585-592.



KULTURNE KOMPETENCE PRI OSKRBI RAN

CULTURAL COMPETENCIES IN WOUND CARE

Marjeta Keršič Svetel,
prof. zgodovine in dipl. etnologinja

Nacionalni inštitut za javno zdravje
marjeta.svetel@nijz.si

mag. Ajda Jelenc,
dipl. kulturologinja

Nacionalni inštitut za javno zdravje
ajda.jelenc@nijz.si

IZVLEČEK

Rane spremljajo človeštvo že od vznika človeške vrste in po mitoloških razlagah različnih kultur je prav oskrba ran povezana z nastankom zdravilstva in kasneje medicine. Celo v današnjem tehnično zelo razvitem svetu bi zelo težko našli posameznika, ki v svojem življenju ni izkusil ran. Oskrba ran sodi med najstarejše veščine, kar je razumljivo, saj so bili v preteklosti ljudje poškodbam in ranam še veliko bolj izpostavljeni kot dandanes, poleg tega pa je bila zaradi nerazumevanja higiene in mehanizmov okužb že najmanjša rana lahko smrtno nevarna. Besedila o oskrbi ran najdemo v najstarejših znanih zapisih kultur, ki so v zgodovini razvile pisavo. Napotki o ukrepanju, če pride do ran, so se skozi večino zgodovine prenašali od ust do ust in iz roda v rod, saj so bili pisni viri še pred nekaj stoletji zelo redki. Ni nenavadno, da so imele rane skozi zgodovino poleg čisto zdravstvenih še številne druge, simbolične pomene, od verskih do družbenih.

Ključne besede: **kultura, ljudsko zdravilstvo, razlagalni modeli, prepričanja, vrednote, oskrba ran.**

ABSTRACT

Wounds are a part of human life since the beginning of *Homo sapiens* as a species. According to myths of different cultures wounds were the basic cause for the invention of healing and later medicine. Modern medicine has made a tremendous development in knowledge about wound care, but people still use »common sense« and »folk medicine« when injuries and wounds happen, following advices from family, friends and media. Beliefs about wounds and everything they cause in a life of an individual very much depends on cultural influences. They effect the healing process, therapy, attitudes of patients and their relatives, social impact, pain... These aspects of wound care need to be understood and addressed. The rights to individual cultural identity, beliefs, values, attitudes, are rooted in Slovenian legislation on patient rights and the ethical code of nursing, but unfortunately healthcare as professional environment many times sadly lack knowledge, skills and understanding of cultural differences. Cultural competencies in wound care enable nurses and doctors to deliver better care and therapy, to avoid misunderstandings and conflicts and also to provide better safety.

Key words: **culture, folk medicine, explanatory models, beliefs, values, wound care.**

*Ljudje z rano,
z rano na srcih,
jo skrivajo
z dlanjo,
ali glej: kot da je dlan
prosojna kot bel list
lilije
z rdečim utripom
srca,
kot da je rana
rana vsega sveta. —
Skriti bi jo hotel,
pa jo vsakdo spozna ...*

Srečko Kosovel

UVOD

Rane, ki spremljajo človeštvo že od prazgodovine, za posameznika in skupnosti nimajo samo biofizičnega pomena, ampak so povezane tudi s celo vrsto psiholoških in družbenih pojavov, z vrednotami, predstavami o svetu, verskimi prepričanji, razumevanjem čistosti in nečistosti, s predstavami o vzrokih in posledicah, samopodobo posameznika, dojemanjem in izražanjem bolečin, šegami in navadami, skratka s kulturo v najširšem smislu. V različnih obdobjih in različnih kulturah se pojavljajo zelo različni načini ukrepanja ob pojavu ran, rane imajo lahko za življenje posameznika zelo različne pomen in vplive, njihov nastanek, zdravljenje ali stalno prisotnost nezaceljenih ran posamezniki lahko dojemajo zelo različno, različno se odzivajo nanje in različno ukrepajo, da bi pomagali sebi ali svojim bližnjim, ki trpijo zaradi ran.

Z ranami, osebnim izkustvom ran in ranjenosti ter sposobnostjo zdravljenja je povezan arhetipski lik – »ranjeni zdravilec«, ki ga je izčrpno opisal psihiater Karl Gustav Jung. (Jung, 1951) Ta arhetipski lik je prisoten v najrazličnejših kulturah in različnih obdobjih, najdemo ga v mitologiji, šamanskih praksah, pa tudi v sodobnih likih tako imenovanih »ljudskih zdravilcev«. (Benziman, 2012) V grški mitologiji je bil prvi zdravilec kentaver Kiron, ranjen z zastrupljeno puščico (in to ne v boju, ampak čisto po nesreči), ki je trpel neznosne bolečine zaradi zastrupljene rane, zaradi svoje nesmrtnosti pa ni mogel umreti. Smisel svojega trpljenja je našel v tem, da je zdravil rane drugih – pri čemer so mu z znanjem in modrostjo pomagali bogovi, zlasti Atena, boginja znanja in modrosti. Po tem mitološkem zdravilcu ran je dobila ime cela veja sodobne medicine – kirurgija. (Forest, 1982) Na podlagi arhetipa ranjenega zdravilca je Jung razvil poglobljeno razmišljanje o tem, da zares zdravi lahko samo tisti, ki je sam doživel ranjenost in s tem povezano trpljenje.

Znameniti dramatik William Shakespeare je v svojih dramah zapisal nekaj pogosto citiranih stavkov, ki osvetljujejo pomen osebnega dojetja in kulturne pomen rane. »Kdor ni še čutil ran, se smeje praskam,« pove Romeo. »Na Svetega Krišpina dan boste ponosno razkazovali brazgotine, ki jih boste danes dobili v boju!« kralj Henrik V. spodbuja svoje vojake pred bitko. »Pokaži, kje imaš brazgotine – mož s celo kožo ne vzbuja zaupanja kot zmagovalec!« vojvoda Yorški komentira v drami o Henrik VI. Rane so lahko znak trpljenja, lahko so častne, spoštovane ali pa sramotne, lahko so znak svetosti ali kazni za greh, lahko vzbujajo strah, gnus, sočustvovanje, občudovanje, celo zavist, lahko pomenijo žrtvovanje za druge ... Ne le v preteklosti, tudi danes je potrebno upoštevati, da ima vsak posameznik lastne predstave o ranah, lastne razlage njihovega nastanka, pomena ran in lastna pričakovanja glede obravnave in zdravljenja. Na vse to močno vpliva kultura, pa tudi posameznikove osebne izkušnje in življenjska pot. Seveda se te predstave, razlage in pričakovanja ne ujemajo zmeraj s stališči sodobne medicinske stroke. Včasih so celo v popolnem nasprotju z njimi – ne le, kadar imamo opraviti s pripadniki kake oddaljene, »eksotične« kulture, ampak tudi, ko gre za naše sosede in znance.

Kako pacienti in okolica razumejo rane, kakšen smisel jim pripisujejo, kako dojemajo kronične rane – vse to je neločljivo povezano z elementi kulture, osebnimi in družbenimi izkušnjami, prepričanji in vrednotami. Zato je razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev pri oskrbi ran zelo pomembno.

Sposobnost poglobljenega razumevanja pacientov z ranami, ne le biofizičnih procesov nastanka in celjenja ran, je v sodobni medicinski praksi različno cenjena – ponekod je celo povsem v ozadju, kar je močno odvisno od posamezne zdravstvene oziroma medicinske kulture. Misel, ki jo pripisujejo Hipokratu – »Bolj pomembno je, kdo ima bolezen, kot katero bolezen ima kdo!« - je ob ogromnem razmahu naravoslovnega znanja v medicini in tehnološkega napredka pri postopkih zdravljenja pogosto odrinjena v pozabo.

Sodobna medicina in zdravstvena nega sta izredno napredovali glede znanja kakovostne oskrbe ran, vendar pa ljudje ob manjših poškodbah in kroničnih ranah pogosto najprej posežejo po ukrepih »po zdravi pameti«, ki temeljijo na ljudskem zdravilstvu in nasvetih družine, znancev in medijev. Šele ko metode »domačega zdravljenja« niso uspešne, se odločijo za obisk zdravnika.

LAIČNI IN MEDICINSKI POGLED NA RANE

Razumevanje rane in vsega, kar prinaša v življenje posameznika, je od kulture do kulture zelo različno, vpliva pa na potek zdravljenja, ravnanje pacienta in okolice, bolečine, socialne posledice ..., kar je vse potrebno spoznati in razumeti. Upoštevanje pacienta kot dragocenega posameznika s pravico do svoje identitete, kulture, prepričanj in vrednot je utemeljeno v Zakonu o pacientovih pravicah in v etičnih kodeksih zdravstvenih delavcev – žal pa se v praksi pogosto premalo zavedamo, kaj to pravzaprav pomeni. Poznavanje in upoštevanje različnih načinov življenja, kulturnih praks in prepričanj ter pogledov na svet omogoči nudenje boljše zdravstvene oskrbe ter pomaga, da se izognemo nesporazumom med zdravstvenimi delavci, uporabniki in njihovimi svojci, prispeva pa tudi k večji varnosti. Naj se zdi ravnanje pacienta in njegovih svojcev s stališča medicinske stroke še tako nenavadno in morda celo škodljivo, je veliko bolj pomembno razvijati medsebojno zaupanje in spoštovanje kot kritizirati laično ravnanje. Le tako bo zdravstveni delavec izvedel, kaj vse se z rano zares dogaja, in dosegel, da bodo primerno posredovani strokovni napotki čim bolj upoštevani.

Čeprav je medicinska znanost na področju oskrbe ran v zadnjih desetletjih skokovito napredovala, se tradicionalne predstave o ranah med laično javnostjo spreminjajo počasi. Zavedanje razlik med medicinskimi pogledi in načini, kako rane dojema laična javnost, predvsem pa razumevanje teh razlik in sposobnost njihovega preseganja v korist pacienta so ključne kulturne kompetence, potrebne pri kakovostni oskrbi ran in skrbi za kakovostno življenje pacientov. Če razumemo, kako posameznik dojema rano, vzroke zanjo, svoje telo, zdravstveno stanje, potek, cilje in zdravljenje ter priporočena ravnanja, je veliko lažje premostiti nesporazume, ki lahko vodijo v nesodelovanje ali celo škodljivo ravnanje pacienta in svojcev pri oskrbi rane.

Arthur Kleinman, ameriški zdravnik in antropolog, je izoblikoval niz vprašanj (zapisana so v nadaljevanju), ki v pogovoru s pacientom lahko poglobljeno pojasnijo pacientove predstave o položaju – še posebno, če si zdravstveni delavec vzame nekaj več časa za poglobljen pogovor in spodbudi pacienta, da svoj zorni kot opiše v obliki zgodbe o tem, kako je po njegovem do rane prišlo, kaj pomeni za kakovost življenja, kako si predstavlja zdravljenje in cilje zdravljenja (Kleinman, 1981).

1. Kaj je po vašem mnenju vzrok, da se je pojavila rana? (Kako je prišlo do te rane? V kakšnih okoliščinah? To vprašanje je pomembno predvsem, kadar gre za rane, ki so posledica obolenj in ne poškodb.)
2. Zakaj mislite, da se vam je to zgodilo prav sedaj? (Kdaj se je rana pojavila in zakaj se je po vašem mnenju pojavila prav takrat?)
3. Ali menite, da je do tega privedlo dogajanje v vašem telesu – in kakšno drugo dogajanje?
4. Kakor resna je ta težava? Ali gre po vašem mnenju le za kratkotrajen problem ali za težavo, ki bo trajna?
5. Kaj je po vašem mnenju potrebno narediti s to rano? (Kaj ste že naredili s to rano? Kako ste ukrepali?)
6. Kaj je po vašem mnenju potrebno doseči z zdravljenjem oziroma postopki zdravljenja?
7. Katere so pogloblitve težave, ki vam jih povzroča rana?
8. Česa se v zvezi s to rano najbolj bojite?

Laično ukrepanje ob pojavu ran sodi v precejšni meri v domeno etnomedicine (»ljudskega zdravilstva«, »tradicionalnega zdravljenja«) in etnofarmakologije (tradicionalne rabe zdravilnih zelišč in drugih snovi). Pri tem gre za dinamične, spremenljive kulturne konstrukte, na katere vplivajo prepričanja, izkustveno učenje, prenašanje znanja in veščin na najrazličnejše načine, v novejšem času pa so zelo močni tudi vplivi medijev in globalne trgovine. Tudi strokovno biomedicinsko znanje seveda vpliva na laične predstave o tem, kako ravnati z ranami, ni pa nujno, da strokovni napotki igrajo pri laičnem ukrepanju prevladujočo vlogo. Pogosto gre tudi za sinergijo – uporabo tako strokovno utemeljenih ukrepov, kakor tudi »ljudskega zdravilstva« hkrati. (Leonti & Casu, 2013)

Poleg tega je potrebno upoštevati, da se spremembe strokovnih doktrin v laični javnosti uveljavljajo le počasi – vsekakor veliko počasneje kakor med strokovnjaki (pa še v strokovnih krogih se spremembe v ravnanju ne zgodijo kar čez noč). Značilen primer je izpiranje ran z alkoholom: v slovenski strokovni literaturi po letu 1950 ni več priporočil o spiranju ran z alkoholom, laiki pa to še danes pogosto storijo. (Dornik, 2013).

Ravnanja, ki danes sodijo v domeno etnomedicine, so se v našem kulturnem prostoru lahko uveljavila tudi zaradi napotkov v različnih priročnikih o zdravljenju in oskrbi ran, ki jih je odobrila medicinska stroka v preteklosti. Pred sto in več leti preprostemu kmečkemu prebivalstvu zdravniki niso bili dostopni – ne le zato, ker so bili dragi, ampak tudi zato, ker pogosto niso govorili jezika preprostih kmečkih ljudi. Ti so se zato zatekali k ranocelnikom in ljudskim zdravilcem – padarjem. Ranocelniki so imeli zdravstveno izobrazbo, ne pa tudi dokončanega študija medicine in so bili na Slovenskem do prve svetovne vojne del zdravstvenega sistema. Padarji pa so se zanašali na izkustveno znanje, ljudsko izročilo o zdravljenju in tudi na različne tiskane in rokopisne priročnike o zdravilstvu. Že v 19. stoletju so nasvete o zdravljenju najrazličnejših težav objavljali tudi časopisi. (Košir, 2009)

Pred dobrimi sto leti, leta 1904, je v Celju izšla knjižica z naslovom »Zbirka domačih zdravil, kakor jih rabi slovenski narod«. Avtor tega priročnika za domačo rabo, ki je dosegel izjemno priljubljenost med bralci in so ga večkrat ponatisnili, Dragotin Hribar, ni bil zdravnik, ampak je v knjižici zbral priporočila in sredstva, ki so bila takrat v navadi med ljudmi. Za mnenje o svojem rokopisu je leta 1887 pred prvo izdajo prosil samostanskega zdravnika iz Šentvida na Koroškem, ki ga je v ponatisu 1904 objavil na prvi strani: »Prebral sem Vaš rokopis, za kar ste me v svojem pismu od dne 3. septembra 1887 prosili. Le z veseljem moram potrditi, da ni nobene škodljive ali napačne domače pomoči v Vašem rokopisu „Domača zdravila“ nasvetovane, torej le mislim kakor tudi želim, da bo mnogim pri takem pomanjkanju zdravnikov po deželi sploh v korist. Vam zvesto udani br. Edvard Benedičič, nadzdravnik usmiljenih bratov.« Objavljeno je tudi strokovno mnenje okrožnega zdravnika: »Cenjeni gospod! Na prošnjo sem pregledal podano knjižico in našel, da so notri nasvetovana zdravila dobra in neškodljiva in pravilno sestavljena. Dr. Al. Praunseis, okrožni zdravnik v Celju, 20. junija 1897.« (Hribar, 1904) In kakšni so v tej knjižici nasveti glede oskrbe ran?

»Za opeklino, naj tista prihaja od ognja, smodnika ali od katerekoli druge vroče reči:

1. Skuhaj na ojetu gabesovega perja in žnjim obvezi spečenino, to vzame vso bolečino.
2. Skuhaj na vodi lanenega semena in ga obvezi na spečenino.
3. Sežgi želoda in potresi pepel na bolečino, potegne vso venkaj.
4. Napravi si sledeče mazilo: vzemi rumenjaka od v trdo kuhanih jajc, svinčene beli in laškega olja; tem rečem lahko pridaš še nekaj voska, katerega moraš seveda stajati in primesi nekoliko strte kafe. S tem maži opeklino, doživel boš čudež.
5. Prav tako dober je široki trpotec stoičen in zmešan z beljakom enega jajca. To obveži na bolečino in znebil se je boš takoj.

Za vsakovrstne rane:

1. Stolci širokega trpotca in ga naveži na rano, zaceli jo hitro.
2. Napravi si sledeče mazilo: vzemi po eno pest gabesa, trpotca, bezgovega cvetja in šentjanževih rož, ter to vse skupaj skuhaj na pol funta laškega olja. Ko je kuhano, ožmi to skozi cunjo, stopi štirinajst dekagramov (staro unčo) voska in sedem dekagramov lima, stolci 2 dekagrama menika, 2 dekagrama svinčene beli, pol dekagrama živega apna in toliko rišpeta. Vse to skupaj zmešaj in prilij še dve žlici trpentina, dve žlici rožmarinovega olja, v katerem poprej stopi štiri grame kafe. Vse to skupaj zmešaj, da dobiš mazilo in to mazilo je za vsako še tako staro rano, če se taista še zaceliti da. Kjer to mazilo ne pomaga, ondi je vse zastonj.

Ako se usekaš ali urežeš in ti hudo teče kri:

1. naloži pajčevine na rano, je dobro.
2. Stolci širokega trpotca in ga zmešaj z jajčjim beljakom, ustavi kri hitro.« (Hribar, 1904, p. 34-36)

V zbirkah Slovenskega etnografskega muzeja hranijo zapiske o ljudski medicini, ki so ga med letoma 1948 in 1984 zbrale terenske ekipe Slovenskega etnografskega muzeja s sodelavci, zlasti na območju Dolenjske, Primorske ter na Štajerskem in Notranjskem. Iz gradiva lahko razberemo, da so pred nekaj desetletji na slovenskem podeželju pri zdravljenju ran uporabljali zelo raznolike postopke in sredstva, tako so na primer leta 1950 v Marezigah na sveže rane dajali kravje iztrebke in posušen žolč, v okolici Pomjana pa čevljarско smolo. V okolici Otaleža so rano sprali z urinom, potem pa nanjo položili pajčevine, staro salo, konjske fige, robidovo listje ali pa uporabili posip iz prahu gobe prašnice. Ponekod so na rane dajali živalsko mast – svinjsko, polžjo, kurjo, zajčjo, jazbečjo, gosjo in na gnojne rane gadjo mast. Spet druge so na rane polagali zmes kisle smetane in moke, pelin, trpotec, rman, mlečnik, arniko, šentjanževko, pesne ali ciklamne liste, na mleku kuhan lan, poleg kravjekov in konjskih fig tudi kozje bobke, med ... (Sosič, 2000) Zdravstvenih delavcev ne bi smelo šokirati, če se kakšen od pacientov še dandanes zateče k takšnim in podobnim ravnanjem – bodisi ob nudenju prve pomoči, bodisi zato, ker se rana ne zaceli hitro in hoče postopke pospešiti. Zelo pomembno je, da lahko zdravstveni delavec, ki oskrbuje rano, s pacientom odkrito spregovori o vseh ravnanjih, predstavah, pričakovanjih, težavah in ukrepih, ki se v zvezi z rano dogajajo. Nekatera sredstva iz domene etnomedicine in etnofarmakologije so se v določenih primerih z raziskavami in kliničnimi preizkusi izkazala za koristna – na primer uporaba medu, propolisa, različnih smol, celo pajčevin. Polaganje pajčevin na rane so priporočali že stari Egipčani, za njimi Grki, grško govoreči rimski zdravnik in filozof Galen, ljudski zdravilci v različnih delih sveta. Uporaba pajčevin za celjenje ran ima torej več tisočletno zgodovino. V zadnjih letih poteka vrsta raziskav, ki kažejo, da so proteinske mreže pajčevin med najbolj zanimivimi biomateriali, uporabnimi v medicini, zlasti pri oskrbi ran. (Vasconcelos & Cavaco-Paulo, 2011) Nekatera tradicionalna sredstva pri oskrbi ran pa niso samo neučinkovita, ampak celo škodljiva. Pacientom je treba pojasniti, zakaj je tako, in jih vsekakor odsvetovati, vendar ne z obsojanjem in ukazovanjem ali celo ustrahovanjem – tak način komuniciranja bi le porušil zaupanje in povzročil pacientovo prikrivanje uporabe tovrstnih sredstev.

RANE, BOLEČINE IN VPLIVI KULTURE

Z ranami so povezane tudi bolečine. Izkušnja bolečine je zmeraj subjektivna in intimna. Raven trpljenja neke osebe je nemogoče objektivno izmeriti – koliko in kako boli, lahko oceni le pacient sam. Do neke mere lahko ugotavljamo in izmerimo fiziološke procese, povezane z bolečino, ne pa bolečine same. Enako poškodbo bosta dva človeka doživljala različno in vrsta poškodbe ali rane sama po sebi ne more biti ključno merilo za ocenjevanje, koliko in kako nekoga boli. Z bolečino povezana vedenja, načini izražanja bolečine, pomeni bolečine in ukrepi za ublažitev ali odpravo bolečine pa so javna zadeva širše skupine

Ljudi, zmeraj odvisna od konkretnih okoliščin, odnosov, prepričanj, časa in prostora. Kultura zelo močno vpliva na različne vidike bolečine:

- zaznavanje bolečine,
- dojetje bolečine,
- odzivanje na bolečino,
- osmišljanje bolečine,
- razmerje med bolečino in trpljenjem (kar sta povezana, a različna fenomena),
- izražanje bolečine,
- obvladovanje bolečine (individualne in kolektivne strategije spopadanja z bolečino),
- zaznavanje in dojetje bolečine drugega,
- odzivanje na bolečino drugega,
- norme glede tega, kdo komu lahko zadaja bolečino.

Subjektivna narava bolečine je za zdravstvene delavce velik izziv. Kako strokovno oceniti bolečino in presoditi, ali in kako je potrebno pacientu zagotoviti protibolečinske ukrepe, če pa je bolečina in z njo povezano trpljenje povsem subjektivno vprašanje doživljanja pacienta? In kako se ob trpljenju pacienta (ne glede na to, kako ga izraža) spopasti z lastno ranljivostjo – empatija in sočutje sta za zdravstvene delavce velikokrat dvorezen meč? Kako kdo razrešuje ta izziv, ni odvisno le od biomedicinskega znanja, ampak v veliki meri od lastne kulture posameznega zdravstvenega delavca, od medicinske kulture, v kateri deluje, in tudi od kulturne kompetentnosti. Zavedati se je potrebno, da je bolečina v resnici subjektivna in da je niti dva posameznika ne doživljata enako, predvsem pa bolečine drugega nikakor ni mogoče ocenjevati na podlagi lastnih subjektivnih norm in zgolj biomedicinskih dejstev. Tudi to, kako kdo izraža bolečino – besedno, s kričanjem ali govorico telesa – je močno odvisno od družinskih norm, kulture in osebnosti posameznika in ni zanesljivo merilo bolečine, niti stopnje trpljenja. Učenje odzivanja na bolečino je del otrokove socializacije v družini in močno vpliva na ravnanje ob bolečinah kasneje v življenju. (Osterweis, 1987) Sodobna teorija bolečinskih nevromatrik pojasnjuje, zakaj ljudje, ki jih je strah, ki imajo predhodne hude izkušnje z bolečinami in ki katastrofizirajo bolečine, v resnici doživljajo hujše bolečine, tudi proceduralne. Pojasnjuje tudi pomembno povezavo med akutnimi in kroničnimi bolečinami ter biokemične procese, zaradi katerih bolečine in trpljenje neugodno vplivajo na celjenje ran in zdravje v celoti. (Melzack, 2001) Naposled pa je potrebno upoštevati tudi čisto biološko dejstvo, da se posamezne skupine ljudi med seboj genetsko razlikujejo, zaradi majhnih, toda pomembnih biokemičnih razlik v telesu doživljajo nekoliko različne bolečinske odzive in se tudi različno odzivajo na protibolečinska sredstva. (Young, 2012)

Norme glede tega, kdo komu lahko zadaja bolečino, so močno povezane s porazdelitvijo moči. Pri oskrbi ran se pogosto dogaja, da je menjava oblog tisto, kar pacientom povzroča najhujše bolečine in zato se teh postopkov zelo bojijo in se jim poskušajo izogibati. Posamezne medicinske kulture so znatno razlikujejo glede mnenja, kolikšno mero proceduralnih bolečin naj bi pacienti brez ugovaranja prenesli – od tega, da so proceduralne bolečine nedopustne, do tega, da morajo pacienti pač potrpeti vse postopke, potrebne za oskrbo ran, če hočejo biti deležni strokovne zdravstvene oskrbe. Dejstvo je, da so bolečine pacientov z ranami pogosto podcenjene.

Upoštevanje svetovnega nazora in verskih prepričanj

Svetovni nazor in verovanje predvsem pomembno vplivata na razmišljanje o vzrokih in pomenu ter smislu rane in s tem povezanega trpljenja. Globoko verna oseba bo morda pripisovala ključni pomen pri zdravljenju razbremenitvi krivde greha, molitvi in morda celo pričakovanemu čudežu. Med svetniki, ki na Slovenskem, kjer prevladuje katoliška tradicija, veljajo za zavetnike bolnikov z ranami, je še posebno

spoštovan sveti Rok. Ta svetnik je tudi zavetnik zdravnikov, zlasti kirurgov, na Slovenskem mu je posvečenih veliko manjših, podružničnih cerkvic, njegovo podobo pa najdemo tudi v številnih velikih cerkvah, kar kaže na velik pomen, ki so ga sv. Roku izkazovali ljudje. Podobica sv. Roka je v preteklosti – marsikdaj pa še zdaj – veljala za zelo učinkovito podporo pri celjenju ran.

Nekatera zdravila, preparati in obloge, ki so v uporabi pri oskrbi ran, vsebujejo sestavine živalskega izvora – o tem se je potrebno posvetovati s pacienti, zlasti, kadar gre za muslimane, hindujce in osebe judovske vere. Morda se bo posameznik želel posvetovati z verskim voditeljem ali starešino – takšno željo je potrebno upoštevati, če seveda s tem ne ogrožamo pacienta. Pomembno je tudi, da so pacienti seznanjeni s preparati človeškega izvora (na primer pri krvnih preparatih, kožnih transplantacijskih materialih), pri katerih bi lahko imeli svetovnonazorske ali verske pomisleke.

Svetovni nazor in versko prepričanje imata velik vpliv tudi na dojemanje higiene in obredne čistosti oziroma nečistosti. V nekaterih verstvih ima voda izjemno močan simbolni pomen kot element, ki ni le absolutno čist, ampak ima moč obrednega očiščenja. (Spomnimo se na primer obrednega potapljanja v Ganges v Indiji!) Telesni izločki, povezani z ranami, lahko povzročijo, da je oseba z rano obredno nečista, kar ima za posledico izločenost od verskih praks, včasih celo iz družbe in družine.

Kulturno kompetentna obravnava pacienta z ranami

Temelj kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe je temeljito spoznavanje samega sebe in lastne kulture ter razvijanje sposobnosti, da prepoznavamo, kako položaj doživljajo in presojaajo drugi, ki imajo drugačna kulturna izhodišča od naših lastnih.

Zato je pomembno, da zdravstveni delavci prepoznajo pomen in si prizadevajo spoznavati, razumeti in upoštevati kulturne kontekste, religiozna in druga prepričanja ter vključujejo paciente v odločanje o zdravljenju in oskrbi. To lahko vključuje naročanje pacientov izven časa določenih praznovanj, pridobitev pacientovega pristanka za uporabo določenih pripomočkov, presojanja bolečine in trpljenja, načrtovanje zdravljenja, prilagoditev prehrane in načina življenja, pomoč in razlago pacientom, pa tudi podporo pri premagovanju strahu in prepričanja, da so določeni načini zdravljenja neučinkoviti. Upoštevati je potrebno tudi, da imajo pacienti pravico zavrniti določen postopek ali želijo uporabiti drugačne načine zdravljenja, ne da bi bili označeni za »težke« ali »neizobražene«. Predvsem pa je pomembna večča, spoštljiva, empatična in odprta komunikacija, ki ustvari vzdušje zaupanja, varnosti, sočutja, kompetence, enakovrednosti med pacientom in zdravstvenim delavcem. Partnerski oziroma terapevtski odnos pri oskrbi ran oblikuje (Wounds International, 2012, p.7):

- popolna osredotočenost na posameznika,
- izogibanje motnjam pri pogovoru, osredotočenim na pacienta (na primer zvonjenju telefona, posvečanju računalniku ...),
- spraševanje pacienta, da bi bolje razumeli njegovo trenutno izkušnjo rane,
- izogibanje prekinjanju pacienta med pogovorom, še posebej v prvih 60 sekundah posveta,
- upoštevanje pacientovih prepričanj, vrednot in stališč in pripravljenost na soočanje teh stališč s spoznanji sodobne medicine pri prizadevanjih za pacientovo dobrobit,
- opazovanje pacienta in pozorno poslušanje,
- zapisovanje opažanj,
- podajanje časovnega okvira za vsak posvet in poseg,
- zavedanje kulturnih razlik in občutljivost za duhovne potrebe pacientov,
- zbiranje informacij skozi daljši čas in z večjim številom posvetov,
- izogibanje obrambni drži in stereotipnim oznakam (če je pacient nezaupljiv zaradi preteklih

slabih izkušenj, če izraža svoje poglede in potrebe, je pomembno, da tega ne jemljemo osebno ali da takih pacientov ne označimo kot »težavne« paciente).

ZAKLJUČEK

Nihče ni povsem kulturno kompetenten – razvijanje kulturnih kompetenc pomeni stalno učenje, urjenje in spoznavanje različnih kultur, načinov življenja, mišljenja, prepričanj, vrednot, poznavanje širših družbenoekonomskih razmer ter upoštevanje vsega naštetega pri oskrbi vsakega posameznika. Vsaka rana, ki zahteva strokovno zdravstveno oskrbo, je velik izziv za pacienta, pa tudi za zdravstvene delavce – zdravnike, strokovnjake zdravstvene nege, pa tudi podporno osebje. Razumevanje in upoštevanje kulturnih razlik ne vpliva odločilno le na medsebojne odnose, ampak bistveno tudi na potek in uspešnost zdravljenja, na kakovost življenja pacientov z ranami, na varnost in nenazadnje tudi na zadovoljstvo in kakovost življenja zdravstvenega osebja.

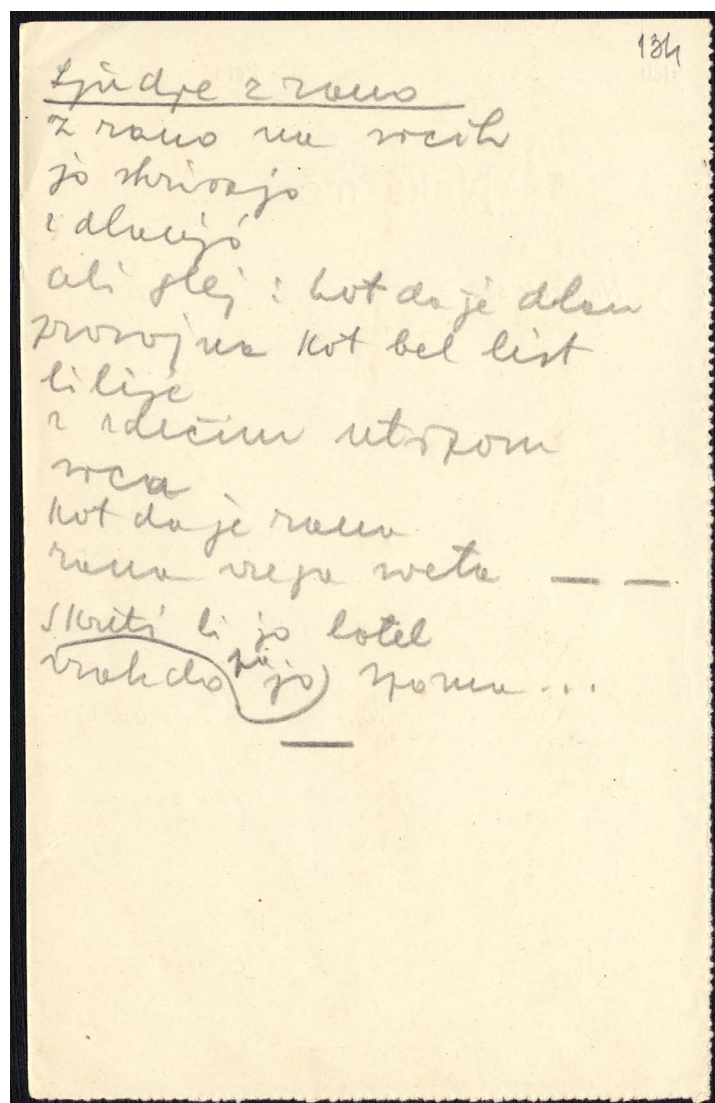
LITERATURA

- Bechert, K., Abraham, S. E. (2009), Pain Management and Wound Care. Journal of the American College of Certified Wound Specialists (2009) 1, 65–71.
- Benziman, G., Kannai, R., Ahmad, A. (2012) The Wounded Healer as Cultural Archetype. Comparative Literature and Culture 14. 1 (2012); Dostopno na: <https://doi.org/10.7771/1481-4374.1927> (2. 2. 2018).
- Borisov, P. (1977) Od ranocelništva do začetkov znanstvene kirurgije na Slovenskem, Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti.
- Boyer D. (2013). Cultural considerations in advanced wound care. Adv Skin Wound Care. 26 (3): 110-1.
- Dornik, S., Fink, R., Slabe, D (2013) Uporaba alkohola v prvi pomoči nekoč in danes. Ujma, 27, 2013, str. 255-261.
- Eriksson, A., Burcharth, J., Rosenberg, J. (2013) Animal derived products may conflict with religious patients' beliefs. BMC Medical Ethics 2013, 14: 48.
- Forrest, R. D. (1982) Early history of wound treatment. Journal of the Royal Society of Medicine, 75, marec 1982, str. 198.
- Hollinworth H, Collier M. (2000). Nurses' views about pain and trauma at dressing changes: results of a national survey. J Wound Care 2000; 9: 369–373.
- Hribar, D. (1904). Zbirka domačih zdravil, kakor jih rabi slovenski narod. Celje.
- International consensus. Optimising wellbeing in people living with a wound. An expert working group review. London: Wounds International, 2012.
- Jung, C. G. (1951) Fundamental Questions of Psychotherapy. The Collected Work of C.G. Jung. Hull. Princeton: Princeton; str. 116-25.
- Lipovec Čebon, Uršula (ur). 2016. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Kleinman, A. (1980). Patients and healers in the context of culture. Berkley, CA: University of California Press.
- Košir, T. (2009). Od ranocelnikov do šolanih zdravnikov v Selški dolini. Loški razgledi, letnik 56, številka 1.

- Leonti, M., Casu, L. (2013) Traditional medicines and globalization: current and future. *Frontiers of Pharmacology*, 4, str. 1-13.
- Melzack R. (2001) *Journal of dental education*, 65, št.12, str. 1378-82.
- Osterweis M, Kleinman A, Mechanic D. (ur.) (1987) *Pain and Disability: Clinical, Behavioral, and Public Policy Perspectives. Illness Behavior and the Experience of Pain*. Washington: Institute of Medicine (US) Committee on Pain, Disability, and Chronic Illness Behavior in National Academies Press. *Perspectives in ethnopharmacology. Frontiers in Pharmacology*, 4, 1-13.
- Sosič, Barbara (2000). *Gradivo o ljudski medicini v zapisih terenskih ekip Slovenskega etnografskega muzeja. Etnolog. Nova vrsta (Ljubljana)*, letnik 10, št. 1, str. 213-254.
- Vasconcelos, A., Cavaco-Paulo, A. (2011) Wound dressings for a proteolytic-rich environment. *Appl Microbiol Biotechnol* 2011, 90:445–460. Videčnik, A. (1959) *Rože in čarovnije: narodopisni prikaz domačega zdravilstva v Zgornji Savinjski dolini*. Mozirje: Zavod za kulturo.
- Young, E. E., Lariviere, W. R., Belfer, I. (2012). Genetic Basis of Pain Variability: Recent Advances. *Journal of Medical Genetics*, 49, št. 1..
- Zadravec, J. (1958). *Ljudska medicina v Prekmurju*. Murska Sobota. Pomurska založba.
- Zadravec, J. (2000). *Ljudsko zdravilstvo v Prekmurju. Etnolog. Nova vrsta*, 10, str. 45-62.
- Zakon o pacientovih pravicah (ZpacP). Uradni list RS, št. 15/2008. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455> (11. 2. 2008).
- Židov, N. (2000). Ali so metode alternativne medicine v Sloveniji res nekaj povsem novega? *Etnolog. Nova vrsta*, št.10, str. 139-159.



Slika 1: Tinktura korenine sleza – popeljinov – je staro etnomedicinsko sredstvo za oskrbo ran. Dandanes je na trgu kot prehransko dopolnilo.



Slika 2: Srečko Kosovel: Ljudje z rano - rokopis pesmi, ki ga hrani Rokopisni oddelek NUK.



Slika 3: Polaganje kravjega blata na odprto rano je bilo še pred sto leti na Slovenskem pogosta praksa ...



Slika 4: Baročni kip sv. Roka v cerkvi sv. Krištofa za Bežigradom v Ljubljani. Po legendi o svetnikovem življenju je imel rane po telesu zaradi kuge, z lizanjem mu jih je ozdravil pes, ki mu je zapuščenemu od vseh (ker se je ljudem gnusil) nosil hrano. Tudi ta svetnik je ena od izraženih oblik arhetipskega »ranjenega zdravilca«, v tem primeru v kontekstu katoliškega kulturnega kroga.



**CERTIFICIRANO IZOBRAŽEVANJE O OSKRBI RAN (ICW/
TÜV) ZA PRIDOBITEV NAZIVA WOUND EXPERT ICW®
CERTIFIED WOUND MANAGEMENT COURSE (ICW/
TÜV) LEADING TO THE WOUND EXPERT ICW®**

Helena Kristina Halbwachs,
viš. med.ses., univ.dipl.org.

Sinnergy e.U.
hk.halbwachs@gmail.com

IZVLEČEK

Daljša življenjska doba, staranje prebivalstva in številni drugi faktorji vplivajo na to, da število kroničnih ran po vsem svetu narašča. Skladno s tem naraščajo potrebe po strokovno in stroškovno učinkoviti oskrbi ran, kar predstavlja velik izziv za zdravstvene sisteme. Eden izmed ključnih elementov, ki zagotavljajo primerno oskrbo ran, je izobraževanje. Raziskave kažejo, da certificirana in standardizirana izobraževanja na področju oskrbe ran bistveno prispevajo k izboljšanju znanja in kompetenc. V članku je predstavljeno ICW/TÜV certificirano izobraževanje, ki se je v mnogih državah izkazalo kot uspešen model pridobivanja znanja, ki ga podpira tudi Evropska zveza za oskrbo ran (EWMA). Trenutno potekajo priprave na prenos tega modela v slovenski prostor, s čimer želijo vsi sodelujoči zapolniti vrzel v pridobivanju enovitega standardiziranega znanja na področju oskrbe ran v Sloveniji.

Ključne besede: **kronične rane, certificirano izobraževanje, ICW/TÜV.**

ABSTRACT

Health care systems all over the world are facing challenges related to the increasing number of chronic wounds due to longer life span, ageing of the population and some other factors. One of the key elements in assuring professional and cost-effective wound care is proper education of health care professionals. Evidence shows that certified forms of education significantly increase the knowledge of in this area. The present article introduces a German model of certified education (ICW/TÜV), which is endorsed by EWMA and which has also gained popularity in several countries outside of German borders in recent years. The efforts are under way to implement this concept in Slovenia, with the aim to close the gap in providing standardized and uniform education in the area of wound care.

Key words: **chronic wounds, certified education, ICW/TÜ.**

UVOD

Področje oskrbe ran, predvsem kroničnih, postaja v vseh državah sveta vse bolj pomembno, saj predstavljajo rane signifikantno obremenitev za zdravstvene sisteme. Podaljšana življenjska doba, vse več starejših prebivalcev ter drugi faktorji, kot so pomanjkljivo gibanje, povečana telesna teža ter naraščajoče število kroničnih obolenj, vplivajo na rast incidence ter prevalence različnih vrst ran (Münter 2016).

Za strokovno in stroškovno učinkovito obvladovanje področja oskrbe ran je eden izmed ključnih elementov ustrezno izobraževanje zdravstvenih delavcev na tem področju (Zulkowski et al. 2007, Teot 2006). Zanimivo je, da praktično v vseh razvitih državah priznavajo, da to področje v dodiplomskih izobraževanjih zdravstvenih delavcev ni ustrezno pokrito, zaradi česar so zdravstveni delavci pogosto prepuščeni lastni iznajdljivosti pri dodatnem izobraževanju, posledično pa so pacienti deležni velikih razlik v oskrbi ran (Münter 2016).

Pogled v zgodovino sicer kaže, da je prve pobude na področju izobraževanja o oskrbi kroničnih ran pred 150 leti dala šele Florence Nahtigale, čeprav je oskrba ran stara toliko kot samo človeštvo (Corbett 2012). Njeni napotki iz leta 1859 o preventivi razjed zaradi pritiska (»... če obstaja tveganje za preležanine, se ne sme podstaviti odeja, saj zadržuje vlago in deluje kot obkladek«) predstavljajo začetek izobraževalnih materialov na tem področju (Nightingale v Corbett 2012). Prvi kongresi in strokovna srečanja v celoti

namenjena področju oskrbe ran so se v svetu pojavila šele pred slabimi tridesetimi leti (Gottrup 2004), v Sloveniji pa po letu 2000.

Danes je področje zdravljenja in oskrbe ran preraslo v samostojno vejo medicine in zdravstvene nege. V EU se je pred nedavnim pojavila iniciativa za specializacijo zdravnikov za področje celjenja ran, v zdravstveni negi pa obstajajo specialistični študiji za to področje na Bachelor in Master nivoju. Vsebinam, posvečenim lokalni oskrbi ran in medicinskim pripomočkom se pridružujejo vsebine, ki se nanašajo na celovito obravnavo bolnika z rano in vključujejo široko paleto fizičnih, psihičnih in socialnih faktorjev, ki vplivajo na celjenje ran. Glede na dokaze, da na boljše izide pri zdravljenju ran vpliva predvsem organizacija oskrbe ran in dobro delovanje tima (Gottrup 2004), se marsikatera vsebine nanašajo na organizacijo oskrbe, timsko sodelovanje in na vlogo različnih članov tima pri obravnavi ran.

Kljub razvoju intenzivnih specializacij pa v mnogih državah še vedno primanjkuje sistematično osnovno izobraževanje, ki bi zajelo večje število zdravstvenih delavcev. Pacienti s kroničnimi ranami ali s tveganjem za njihov nastanek se namreč pojavljajo povsod - v ambulantah družinskih zdravnikov, v domači oskrbi, v diabetičnih dispanzerjih, v socialnih zavodih, na različnih oddelkih ... Prav vsi zdravstveni delavci, ki prihajajo v stik s pacienti z ranami v vseh teh okoljih, potrebujejo izobraževanje, ki bi jim v skladu z njihovimi poklicnimi kompetencami dalo znanje in razvilo sposobnosti o pravilni oskrbi ran, o njihovi preventivi, o diagnosticiranju in zdravljenju ran (zdravniki), o prepoznavi komplikacij in o pravočasni napotitvi specialistom oziroma vključitvi multidisciplinarnega tima, o primerni in stroškovno učinkoviti uporabi medicinskih pripomočkov ter o zdravstveno-vzgojnem delu s pacientom in tistimi, ki zanj skrbijo. Tovrstna izobraževanja lahko močno pripomorejo k boljši učinkovitosti oskrbe ran, posebno, kadar je kakovost zagotovljena s preverjanjem znanja oziroma s certifikatom (Werdin 2009). Raziskave namreč kažejo, da pridobijo zdravstveni delavci v certificiranih izobraževanjih na področju oskrbe ran bistveno več znanja kot pri običajnih oblikah izobraževanja (Zulkowski et al. 2007).

CERTIFICIRANO IZOBRAŽEVANJE O OSKRBI RAN (ICW/TÜV)

Predstavitev organizacij ICW in TÜV

ICW (Initiative Chronische Wunden) je nemška organizacija/društvo na področju oskrbe ran, ki so jo različne strokovne in poklicne interesne skupine s tega področja ustanovile leta 1995. Ima status medicinsko-raziskovalne strokovne organizacije s pravico podajati mnenja in nasvete državnemu organu, zadolženemu za zavezujoče zakonodajne odločitve na področju zdravstva (Gemeinsamer Bundesausschuss). Njeno osnovno poslanstvo je izboljšanje položaja bolnikov z rano v družbi, predvsem v smislu zagotavljanja primerne oskrbe ran in izboljšanja kakovosti življenja bolnikov, ter prihranka nepotrebnih stroškov. Organizacijo vodi 6-članski upravni odbor, ki mu trenutno predseduje medicinska sestra Veronika Gerber. Nadalje je organizirana v več odborov, ki skrbijo za različna področja delovanja.

Eden izmed teh odborov skrbi za certificiranje izobraževanj oziroma udeležencev izobraževanj (osebno certificiranje). V ICW so namreč v letih prizadevanj, da bi bila oskrba pacientov z rano enovita, sistematična in stroškovno učinkovita, razvili piramidni koncept sistematičnega izobraževanja na tem področju z natančno definiranimi moduli, kurikulumi, izvedbenimi zahtevami, cilji, itd. Samo izvedbo izobraževanj so prepustili raznim zdravstvenim in izobraževalnim institucijam, ob tem pa so se morali soočiti z vprašanjem, kako zagotoviti kakovost, standardizacijo in izpolnitev vseh strokovnih, organizacijskih in drugih zahtev med raznolikimi ponudniki njihovih izobraževalnih konceptov. Ta izziv so premostili s sodelovanjem organizacije TÜV Rheinland, mednarodno priznane organizacije, ki preverja in zagotavlja

kakovost. Naloge te organizacije so odobritev in preverjanje ponudnikov ICW izobraževanj. Ponudniki morajo tako prestati strog postopek preverjanja organizacijskih, pedagoških, strokovnih in tehničnih sposobnosti za izvedbo izobraževanj, prav tako je pod drobnogledom celoten postopek izobraževanja, vključno s certifikacijskim postopkom, pogosto preko nenapovedanih nadzornih obiskov.

Kljub strogim zahtevam je koncept izobraževanja tako uspešen, da obstaja v Nemčiji in po svetu že več kot 120 ponudnikov teh izobraževanj. Samo v Nemčiji je opravilo ICW izobraževanja na področju oskrbe ran že okoli 40.000 zdravstvenih delavcev.

Izobraževanje za pridobitev naziva »Wound Expert ICW®«

ICW koncept izobraževanj se prične z osnovnim izobraževanjem, s katerim pridobi udeleženec, ki uspešno izpolni vse zahtevane pogoje, ICW/ TÜV certifikat z nazivom »Wound Expert ICW®«. Certifikat je veljaven 5 let, za njegovo podaljšanje pa je potrebno vsakoletno kontinuirano izobraževanje s področja oskrbe rane, ki mora biti priznано s strani ICW in TÜV ter ovrednoteno z njihovimi točkami. Vsako leto je potrebno zbrati vsaj 8 točk oziroma 40 točk v petih letih, da se certifikat lahko podaljša.

Obstajata dve različici osnovnega izobraževanja. Prva različica je multidisciplinarna, namenjena medicinskim sestram, pa tudi zdravnikom, farmacevtom in drugim poklicem v zdravstvu, ki se srečujejo z ranami. Izkušnje kažejo, da se tega izobraževanja udeležujejo predvsem medicinske sestre, pogosto pa jih spremlja družinski zdravnik, s katerim sodelujejo v timu. Druga različica pa je namenjena izključno zdravnikom, ki ob uspešnem zaključku pridobijo certifikat »Physician Wound Expert ICW®«.

Izobraževanje je sestavljeno iz teoretičnega in praktičnega dela. Teoretični del mora po zahtevah ICW obsegati najmanj 56 učnih ur (po 45 min), obravnavati pa mora vse vsebine, določene z osnovnim kurikulumom. Vsebine se nanašajo na kožo in njeno nego, vrste ran, fiziologijo ter patologijo celjenja ran, na bolečino, higienske vidike obravnave ran in preprečevanje okužb, na oceno in dokumentiranje oskrbe ran, na ekspertne standarde in smernice oskrbe ran, na pripomočke za lokalno oskrbo ran, vlogo prehrane in drugih faktorjev, ki vplivajo na celjenje, na zdravstveno vzgojo pacientov, organizacijo oskrbe ran ter na pravne aspekte oskrbe ran. Kurikulum določa minimalni obseg vsebin, ponudniki teh izobraževanj pa lahko k temu dodajajo vsebine, za katere menijo, da so dodatno potrebne in bi še izboljšale kakovost in privlačnost izobraževanj. Praktični del izobraževanj obsega najmanj 16 ur (po 60 min), ki morajo biti opravljene v obliki hospitacij v instituciji oziroma na oddelku, ki ni matični, in ki se ukvarja z oskrbo ran. Udeleženci opazujejo oskrbo ran in napišejo poročilo o svojih opazovanjih.

Za pridobitev certifikata morajo udeleženci opraviti pisni izpit ter samostojno pripraviti in predstaviti seminarsko nalogo, tj. študijo primera. Izpit in seminarska naloga so ocenjeni po posebno predpisanih matricah, ki zagotavljajo standardizirano in pravično ocenjevanje.

Izobraževanje omogoča, da zdravstveni delavci svoje poklicne kompetence na področju oskrbe rane opravljajo strokovno, v skladu z dokazi podprto doktrino in strokovno učinkovito. Izobraževanja se lahko udeležijo tudi osebe, ki niso zdravstveni delavci in želijo pridobiti več znanja na področju oskrbe ran, kot so npr. zastopniki medicinskih pripomočkov ali pedikerji. Vendar pa ti udeleženci ne morejo pristopiti k izpitu in pridobiti naziva, lahko pridobijo le potrdilo o udeležbi na izobraževanju.

ICW/TÜV koncept izobraževanj je priznan oziroma akreditiran tudi s strani Evropske zveze za oskrbo ran (EWMA).

Vpeljava izobraževanja »Wound Expert ICW®« v Sloveniji

Avstrijsko podjetje Sinnergy oz. njegova podružnica Sinnergy Institute se je po dogovoru z ICW in TÜV odločilo za prenos njihovega koncepta izobraževanja v slovenski prostor oziroma tudi v ostale sosednje države (Hrvaško, Srbijo ...). V sodelovanju s slovenskim Društvom za oskrbo ran ter s kliničnimi strokovnjaki iz različnih zdravstvenih institucij pripravlja vse potrebne aktivnosti, predvsem adaptacijo izobraževanja za slovenski prostor ter pripravo učbenika oziroma drugih pisnih materialov. Obenem teče pogovori z različnimi ključnimi deležniki v oskrbi ran oziroma v zdravstvu v Sloveniji, ki bi omogočili uspešno in priznано vpeljavo izobraževanja. Tako so predvidene aktivnosti za priznanje licenčnih točk po opravljenem izobraževanju tako diplomiranim medicinskim sestram kot zdravnikom ter za vpis izobraževanja v register specialnih znanj pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije. Prva certificirana izobraževanja za pridobitev naziva Wound Expert ICW® so predvidena že v jeseni 2018.

ZAKLJUČEK

Certificirana izobraževanja na področju oskrbe ran zagotavljajo kakovost in standardizacijo pridobljenega znanja in kompetenc. Model certificiranih izobraževanj ICW/TÜV predstavlja v Nemčiji in drugih državah po svetu uspešen in mednarodno priznan model. V letošnjem letu bo prenesen v Slovenijo z namenom zapolnitve vrzeli v zagotavljanju standardiziranega znanja o oskrbi ran, s čimer lahko prispeva k boljšemu zagotavljanju enovite, kakovostne in stroškovno učinkovite oskrbe ran v Sloveniji.

LITERATURA

- Corbett, L. Q. (2012). Wound Care Nursing: Professional Issues and Opportunities. *Advances in Wound Care*, 1 (5), 189–193.
- Gottrup, F. (2004). Optimizing wound treatment through health care structuring and professional education. *Wound repair and Regeneration*, 12, 129-133.
- Zulkowski, K., Ayello, E. A., & Wexler, S. (2007). Certification and education: do they affect pressure ulcer knowledge in nursing?. *Advances in skin & wound care*, 20 (1), 34-38.
- Teot, L. (2006). The role of education in wound healing. *International Journal of Lower Extremity Wounds*, 5 (1), 9-10.
- Werdin, F., Tennenhaus, M., Schaller, H. E., & Rennekampff, H. O. (2009). Evidence-based management strategies for treatment of chronic wounds. *Eplasty*, 9, 169-179.
- Münter, K. C. (2016). Education in wound care: Curricula for doctors and nurses, and experiences from the German wound healing society ICW. *Military medical research*, 3, 29, 1-4.
- ICW (Initiative Chronische Wunden). (2017). Seminarsko gradivo: Leitungsseminar "Grundlagen" für fachliche/pädagogische Leitungen der ICW/TÜV Kurse, Kassel, Nemčija.



ZAKAJ NASTANE KRONIČNA BOLEČINA?

WHAT CAUSES CHRONIC PAIN?

prim.Gorazd Požlep,
dr.med.

Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo
Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
gorazd.pozlep@kclj.si

IZVLEČEK

Kronična bolečina je zelo velik zdravstveni problem. Skoraj vedno se začne z akutno bolečino. Ni jasno, zakaj le pri nekaterih ljudeh pride do kronifikacije. Vemo le, da ob razvoju kronične bolečine pride do sprememb tako v perifernem kot tudi centralnem živčnem sistemu. Obstajajo tudi nekateri dejavniki tveganja za nastanek kronične bolečine, vendar imamo nanje le omejen vpliv. Najboljši način za preprečitev kronifikacije je kvalitetno in zgodnje lajšanje akutne bolečine.

Ključne besede: **akutna bolečina, kronična bolečina, preprečevanje kronifikacije bolečine.**

ABSTRACT

Chronic pain is a very serious health problem. It almost always starts with acute pain. It's not clear why only some people develop chronic pain. We only know that in the development of chronic pain there are changes in the peripheral as well as in the central nervous system. There are also some risk factors for chronic pain, unfortunately we have only limited influence on them. The best way to prevent chronification is early and quality relief of acute pain.

Key words: **Acute Pain, Chronic pain, Prevention of pain chronification.**

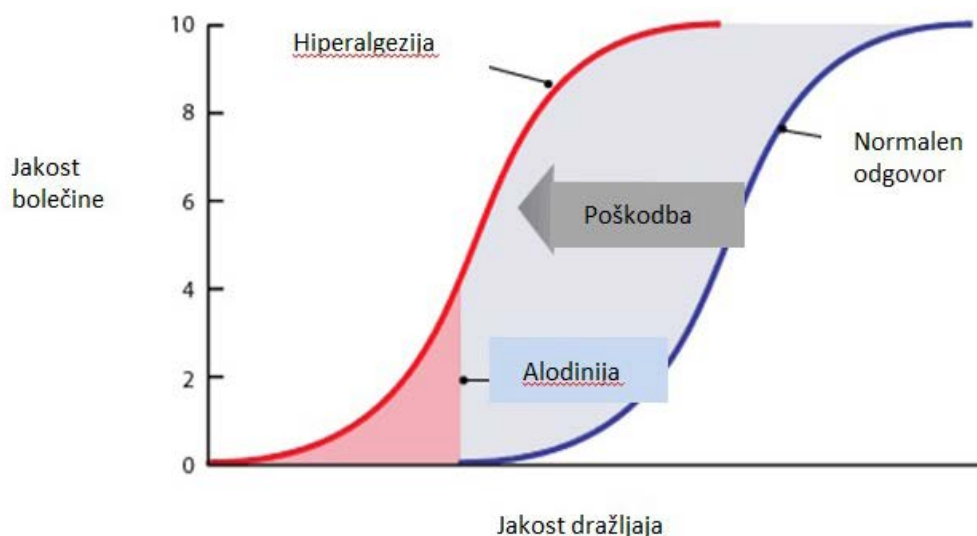
UVOD

Ena od osnovnih delitev bolečine je delitev na akutno in kronično. O kronični bolečini govorimo, kadar le-ta traja več kot šest mesecev ali pa takrat, ko po določeni poškodbi ali bolezni ne izzveni, čeprav zanjo ni več pravega razloga. Podatki o pojavnosti kronične bolečine v Evropi niso nič kaj vzpodbudni, saj naj bi imelo med 10 in 25 % ljudi kronično bolečino (Breivik 2006). Še danes ni popolnoma jasno, kaj vodi do nastanka kronične bolečine, saj se le-ta ne bo razvila pri vseh ljudeh z enako poškodbo ali boleznijo. Vemo pa, da slabo zdravljena akutna bolečina poveča verjetnost nastanka kronične.

Kronična bolečina je fizično izčrpljujoča, čustveno uničujoča, draga za družbo in sistem zdravstvenega varstva ter zelo velik izziv za zdravnike in vse druge strokovnjake, ki se ukvarjajo z njenim lajšanjem. Akutna bolečina lahko preide v kronično bolečino v procesu, ki mu rečemo tudi kronifikacija in ga ne razumemo popolnoma. Kronifikacija vključuje centralno senzitivizacijo, ki privede do nevroplastičnih sprememb v osrednjem živčevju.

Centralna senzitivizacija je skupen izraz za vse spremembe v centralnem živčnem sistemu, ki privedejo do povečane občutljivosti za bolečino (Slika 5). Največkrat jo sproži dolgotrajna in povečana aktivnost v bolečinskih receptorjih (nociceptorjih), to pa lahko spremeni odzivnost sinaptičnih povezav v hrbtenjači, prag za bolečino se zniža. Tudi psihosocialni dejavniki vplivajo na prehod akutne v kronično bolečino, predvsem vplivajo na to, kako se bolečina »obdelava« v višjih možganskih centrih.

Če želimo prekiniti kaskado dogodkov, ki povzročijo prehod akutne bolečine v kronično, moramo akutno bolečino učinkovito lajšati dovolj zgodaj in dovolj dobro. Na voljo imamo številne smernice za lajšanje akutne bolečine, ki temeljijo na dokazih. Pogosto se akutna bolečina ne zdravi v zadostni meri, posledice pa so lahko dolgotrajne.



Slika 5: Centralna senzitivizacija – povečana občutljivost za bolečino.

Akutna bolečina ima navadno jasno etiologijo. Dobra anamneza lahko razjasni naravo, intenzivnost in značilnosti bolečine ter predvidi njeno trajanje. Lajšanje bolečine je pomembno tudi pri relativno "blagi" ali "kratkotrajni" bolečini. Bolnike je treba poučiti, da jih tudi kratkotrajna močna bolečina lahko izpostavi tveganju za nastanek kronične bolečine. Predvidevamo, da lahko z odpravo dlje časa trajajočega draženja nociceptorjev prekinemo zaporedje dogodkov, ki privede do nastanka kronične bolečine (McIntyre 2010, Chapman 2008).

Spremembe pri prehodu akutne v kronično bolečino

Do sprememb pride tako v perifernem živčevju, hrbtenjači in tudi možganih. Na periferiji gre predvsem za sproščanje številnih mediatorjev, ki privedejo do neke vrste kroničnega vnetja, kar se kaže v spremenjeni odzivnosti bolečinskih receptorjev na draženje.

Kontinuirano draženje vsami hrbtenjači privede do sprememb v izražanju genov in posledično spremenjeni tvorbi proteinov (ki so v bistvu receptorji in ionski kanali ali pa vsaj njihovi deli). Prag za bolečino se zniža. Tudi v hrbtenjači se sproščajo številni mediatorji, ki med drugim aktivirajo tudi glia celice. Te posledično sproščajo dodatne mediatorje, ki prav tako povečajo občutljivost za bolečino. V možganih pride do aktivacije različnih struktur, ki jim rečemo bolečinsko omrežje. To pa ima poleg povečane občutljivosti za bolečino kot posledico še spremljajoče simptome, kot sta depresivnost in anksioznost (Vascoupoulos 2010, Kehlet 2006, D'Mello 2008).

Kaj lahko naredimo, da preprečimo nastanek kronične bolečine?

Med procesom kronifikacije pride do številnih sprememb tako na periferiji, kot tudi v centralnem živčevju. Če bi te spremembe znali preprečiti, bi vsaj teoretično preprečili nastanek kronične bolečine. Žal tega v praksi še ne znamo narediti. Poznamo kar nekaj dejavnikov tveganja za nastanek kronične bolečine (Tabela 2) (Kehlet 2006). Če želimo znižati pojavnost kronične bolečine, lahko do neke mere vplivamo na nekatere od teh dejavnikov.

Dejavniki bolnika	Zunanji (medicinski) dejavniki
Psihološka ranljivost	Bolečina pred operacijo > 1 mesec
Preoperativna anksioznost	Več operacij
Ženski spol	Obsevanje bolečega predela
Mlajši odrasli	Kemoterapija
Želja po bolniškem staležu	Tip operacije (amputacija, operacija dojke, torakotomija, op. kile, koronarni by pass)
Genetski dejavniki	
Depresija	Dolžina operacije
Slaba izkušnja z bolečinami v preteklosti	Izvedba operacije
Socialno okolje	Trajanje pooperativne bolečine

Tabela 2: Dejavniki tveganja za nastanek kronične bolečine.

ZAKLJUČEK

Prehod akutne bolečine v kronično zajema kompleksne imunske, čutne, hormonske in vnetne procese tako v perifernem, kot tudi centralnem živčnem sistemu. Kronična bolečina izgubi svojo zaščitno funkcijo in zniža kakovost življenja posameznika, saj vpliva na številne funkcije. Poleg bolečine, ki jo bolniki občutijo, se pogosto pojavijo tudi spremljajoči simptomi, kot sta anksioznost in depresivnost, ki sta lahko enako ali še bolj moteči od bolečine same. Kronična bolečina vpliva tudi na višje funkcije centralnega živčnega sistema, kot npr. kognitivne funkcije, kar je še zlasti opazno pri starejših bolnikih. Za preprečevanje prehoda akutne bolečine v kronično je pomembno, da prepoznamo dejavnike tveganja pri bolniku ter zgodnje in kvalitetno lajšanje akutne bolečine, ki temelji na dokazih; pri tem pa je treba paziti, da se ne pojavijo prehudi neželeni učinki.

Bolečinski terminološki slovar

Termin	Definicija
Bolečina	Je neprijetna čutna in čustvena izkušnja, povezana z dejansko ali pogojno poškodbo tkiva ali opisana z značilnostmi takšne poškodbe.
Nociceptor	Je visokopražni receptor somatosenzoričnega sistema, ki je sposoben zaznavati potencialno škodljive dražljaje.
Nocicepcija	Je prevajanje potencialno škodljivega dražljaja vzdolž živčne osi.
Hiperalgezija	Je povečan odgovor na boleč dražljaj.
Alodinija	Je bolečina, ki jo povzroči sicer neboleč dražljaj.
Senzitizacija	Povečan odgovor nociceptivnih nevronov na dražljaje, predvsem zaradi znižanja praga za zaznavanje bolečine.

Tabela 3: Bolečinski terminološki slovar

LITERATURA

Breivik H et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* 2006: 287-95.

Chapman CR, Tuckett RP, Song CW. Pain and stress in a systems perspective: reciprocal neural, endocrine,

and immune interactions. *J Pain* 2008; 9: 122–45.

D'Mello R, Dickenson AH. Spinal cord mechanisms of pain. *Br J Anaesth* 2008; 101: 8–16.

Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006; 367: 1618–25.

Physiology and psychology of acute pain. In: MacIntyre PE, Scott DA, Schug SA, Visser EJ, Walker SM. *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine, 3rd Edn. Canberra: Australian Government National Health and Medical Research Council, 2010; 1–6.

Voscopoulos C, Lema M. When does acute pain become chronic? *Br J Anaesth* 2010; 105 (S1): 69–85.

Watkins LR, Hutchinson MR, Rice KC, Maier SF. The “toll” of opioid-induced glial activation: improving the clinical efficacy of opioids by targeting glia. *Trends Pharmacol Sci* 2009; 30: 581–91.



ZDRAVLJENJE KRONIČNE BOLEČINE PRI PACIENTU Z RANO

CHRONIC WOUND PAIN MANAGEMENT

doc. dr. Neli Vintar,
dr.med.

Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo
Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana
nvintar@gmail.com

IZVLEČEK

Kar 60 % bolnikov s kroničnimi ranami trpi zaradi kroničnih bolečin. Kronična bolečina lahko vodi v depresijo in kronično utrujenost. Obvladovanje bolečin zaradi kronične rane je enako pomembno kot zdravljenje vzrokov za nastanek rane in temelji na ustreznem ocenjevanju in beleženju bolnikovega doživljanja bolečine. Bolečino obravnavamo glede na lokacijo, trajanje, jakost in kakovost, vzrok in glede na vpliv bolečine na kakovost življenja. Celostna obravnava upošteva tako psihosocialne pristope kot lokalno in sistemsko obvladovanje bolečine. Če lajšanje bolečine ni uspešno, bolnik zelo trpi, posledice neobvladane bolečine pa povečajo tudi stroške zdravljenja.

Ključne besede: **kronična bolečina, obvladovanje, celostna obravnava, lokalna, sistemska.**

ABSTRACT

Six of 10 patients with chronic wounds experience pain. Chronic wound pain can lead to depression and the feeling of constant tiredness. Pain related to the wound should be handled as one of the main priorities in chronic wound management together with addressing the cause. Management of pain in chronic wounds depends on proper assessment, reporting and documenting patient experiences of pain. Assessment should be based on critical dimensions of the pain experience: location, duration, intensity, quality, onset and impact on activities of daily living. Holistic management must be based on effective mix of psychosocial approaches together with local and systemic pain management. Unless wound pain is optimally managed, patient suffering and costs to health care systems will increase.

Key words: **chronic pain, management, holistic, local, systemic.**

UVOD

Kronične bolečine zaradi kroničnih ran močno poslabšajo kakovost življenja: že dnevna bolečina je uničujoča, bolečina pa povzroča tudi nespečnost in s tem kronično utrujenost. Trpi tako bolnik kot njegovi svojci. Rane je potrebno redno prevezovati, menjati obloge, kar vedno znova sproži zelo intenzivne bolečine ob že prisotni stalni hudi bolečini. Bolečine so tako nociceptivne kot tudi nevropatske.

Kronične rane spremljajo kronične bolezni, zaradi katerih bolniki prejemajo številna zdravila. Ko se pojavi bolečina, dodamo še analgetike in praviloma ne le enega, ampak kombinacijo neopioidov in opioidov. Posebej pretehtamo uporabo nesteroidnih protivnetnih učinkovin.

Poznamo farmakološke in ne farmakološke metode lajšanja bolečine.

OBVLADOVANJE BOLEČINE Z ZDRAVILI

Osnovna načela zdravljenja bolečine z zdravili (analgetiki) so prikazana v tristopenjski lestvici Svetovne zdravstvene organizacije (1, 2).

Analgetike na tristopenjski lestvici izberemo glede na moč in vrsto bolečine ter glede na vzrok za bolečino. Zdravila uvajamo stopenjsko, vedno najprej neopioide, ki jim, če ne zadostujejo, dodamo šibke opioide. Če šibki opiodi ne zadostujejo, jih zamenjamo z močnimi opiodi. Po novejših priporočilih lahko

v primeru izjemno hude bolečine prehajamo neposredno s prve na tretjo stopnjo tristopenjske lestvice. Vedno lahko uporabljamo zdravila za zdravljenje prebijajoče bolečine v obliki kratko delujočega opioida. Na vseh stopnjah zdravljenja bolečine v primeru nevropatične bolečine dodamo dodatna zdravila za njeno zdravljenje iz skupine zdravil za zdravljenje depresije ali proti epileptičnih zdravil. K posameznemu bolniku pristopamo individualno in zdravila (zlasti močne opioide) uvajamo postopoma, sočasno z lajšanjem bolečine pa lajšamo še neželene učinke opioidnih in drugih zdravil (3, 4).

Na 1. stopnji za lajšanje ne vnetnih bolečin izberemo paracetamol ali metamizol. Če je v ospredju bolnikovih težav vnetna komponenta, izberemo nesteroidna protivnetna zdravila (NSAR). Pri predpisovanju le-teh smo zelo previdni.

Odmerek neopioidov postopoma povečujemo (titriramo) do največjega dovoljenega dnevnega odmerka. Največjih dovoljenih odmerkov ne prekoračimo, ker povzročajo preveč neželenih učinkov. Različnih NSAR ne kombiniramo med seboj. NSAR, metamizol in paracetamol lahko kombiniramo zaradi različnih področij delovanja. Za zaščito želodčne sluznice z zaviralci protonske črpalke se odločimo le pri bolnikih s tveganjem za krvavitev iz prebavil (bolniki, starejši od 60 let, sočasno jemanje kortikosteroidov, komorbidnost, okužba z bakterijo *H. pylori*, jemanje zdravil proti strjevanju krvi). Če ima bolnik srčno popuščanje ali je prebolel možgansko kap ali srčni infarkt, v skladu s smernicami od NSAR predpišemo naproksen. Če pa ima sočasno visoko tveganje za razjede v prebavilih, takemu bolniku NSAR ne smemo predpisati.

Če po 24 – 48 urah zdravljenja z največjimi dovoljenimi odmerki ne opioidov ne dosežemo olajšanja bolečine, preidemo na 2. stopnjo lestvice.

Na 2. stopnji ne opioidom dodamo šibki opioid tramadol. Začnemo z majhnimi odmerki, ki jih postopoma povečujemo (titriramo) do želenega učinka. Kadar se razvijejo neželeni učinki (slabost, bruhanje, zaprtje), bolniku predpišemo zdravila za lajšanje le-teh. Če z največjim dovoljenim odmerkom šibkega opioida nismo uspeli zmanjšati bolečine do take mere, da bolečina za bolnika ne bila več moteča, preidemo na močne opioide.

Na 3. stopnji (huda bolečina) ne opioidom dodamo močan opioid.

Bolnik ima zaradi kronične rane bolečine nenehno - tako podnevi kot ponoči. Ob neopioidnih analgetikih izberemo dolgo delujoči opioid. Praviloma je bolečina tudi nevropatska, ki je hujša ponoči, zato predpišemo kombinacijo antidepresiva in antiepileptika, ki delno ublažita te bolečine in hkrati omogočata boljše spanje.

PREVEZA RANE

Najintenzivnejše bolečine sproži preveza rane in menjava oblog. Bolnika poučimo, naj 20 min ali pol ure pred prevezo vzame kratko delujoči opioid v ustreznem odmerku.

NEFARMAKOLOŠKI NAČINI OBVLADOVANJA BOLEČIN

Pri oskrbi kroničnih ran lahko s pravo izbiro oblog zelo zmanjšamo jakost bolečine. Prav tako je pomembno, kako se lotimo menjave oblog in same preveze rane: pristopimo umirjeno in vlivamo zaupanje, poskrbimo za ustrezno, prijetno okolje in prostor prezračimo. Svetujejo tehnike za odvratanje pozornosti (za ozadje omogočimo bolniku prijetno glasbo, bolnik ob tem doživlja manjšo bolečino) in tehnike za zmanjševanje stresa, opisujejo tudi hipnozo.

Pomemben del zdravljenja kronične bolečine so psihološke in psihoterapevtične metode. Zaznavno vedenjske terapije bolniku pomagajo zmanjšati neugodje, spremeniti odnos in občutje do bolezni in bolečine.

TENS (angl. transcutaneous electrical nerve stimulation – skozi kožno električno spodbujanje živca) in masaže (dotik) izvajamo v okolici bolečega mesta. Analgetični učinek masaž in TENS-a pripisujemo zaviralnemu vplivu na nevrone v hrbtenjači, ki sprejemajo impulze različnih načinov zaznavanja bolečine z relativno velikega področja. Sta uspešni dopolnilni metodi pri zdravljenju mišično-skeletne in nevropatične bolečine.

ZAKLJUČEK

Bolnik s kronično rano ima praviloma še kronično spremljajoče obolenje. Za zdravljenje osnovnega obolenja in dodatno še za obvladovanje bolečin prejema celo vrsto različnih zdravil. Da bi količino potrebnih analgetikov omejili, je zelo pomembno, da koristno uporabimo različne ne farmakološke metode lajšanje bolečin.

S kronično rano in z bolečino bolnik lahko živi tudi desetletja. Učinkovito obvladana bolečina izboljša kakovost življenja bolniku in njegovim svojcem.

LITERATURA

1. World Health Organization. Traitement de la douleur cancéreuse. Geneva, Switz: World Health Organization; 1997.
2. Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. Can Fam Physician. 2010 Jun; 56; 6: 514–517.
3. Krčevski Škvarč N. Usmeritve za uporabo opioidov pri bolnikih s kronično bolečino, ki ni posledica rakave bolezni. Zdrav Vestn 2007; 76: 381-7.
4. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: systematic review, meta-analysis and updated NeuPSIG recommendations. Lancet Neurol 2015; 14 (2): 162-173.



VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI PACIENTA S KRONIČNO RANO, KI IMA BOLEČINO

NURSING ROLE IN TREATING A PATIENT WITH CHRONIC WOUND AND WITH PAIN

Vesna Svilenković,
dipl. med. s.

Sonja Trobec,
dipl. med. s.

KO za anesteziologijo in intenzivno
terapijo operativnih strok UKCLJ
vesna.svilenkovic@kclj.si

KO za anesteziologijo in intenzivno
terapijo operativnih strok UKCLJ
sonja.trobec@kclj.si

IZVLEČEK

V prispevku je predstavljena vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta s kronično bolečino. Občutek doživljanja bolečine je vedno subjektiven in večplasten, nanj vplivajo številni psihični in socialni dejavniki. Ta vpliv je pri dolgotrajni bolečini še bolj izražen. Kronična bolečina zmanjša kakovost življenja pacienta s kronično rano. Pozitiven pristop medicinske sestre, profesionalno znanje in sposobnost empatije pomembno prispevajo k učinkovitemu sodelovanju in zdravljenju. Vloga medicinske sestre vključuje zgodnjo oceno bolečine in merjenje njene jakosti v rednih časovnih presledkih, uporabo enodimenzionalnih lestvic in multidimenzionalnih vprašalnikov, aplikacijo predpisanega analgetika, preverjanje učinkovitosti danega analgetika, spremljanje stranskih učinkov analgetikov, nadzor pacienta glede na metodo analgezije, dokumentiranje ocene bolečine in postopkov aktivnosti ter poročanje o učinkovitosti.

Ključne besede: kronična bolečina, ocenjevanje kronične bolečine, multidimenzionalni vprašalnik, medicinska sestra.

ABSTRACT

The paper presents the role of a nurse in treating a patient with chronic pain. The feeling of pain is always subjective and multifaceted, influenced by many psychological and social factors. This influence is even more pronounced in long-lasting pain. Chronic pain reduces the quality of life in patient with a chronic wound. The positive approach of a nurse, her professional knowledge and empathy makes an important contribution to effective cooperation and treatment. The role of a nurse includes an early assessment of pain and the measurement of its intensity at regular intervals, the use of one-dimensional scales and multidimensional questionnaires, the application of prescribed analgesics, checking the effectiveness of the given analgesic, monitoring the side effects of analgesics, monitoring the patient according to the method of analgesia, documenting pain assessments with procedures and performance reporting.

Key words: chronic pain, chronic pain assessment, multidimensional questionnaire, nurse.

UVOD

Pacienti s kronično rano se soočajo s številnimi težavami, ki jih prinaša ne samo kronična rana kot samostojen problem pač pa tudi spremljevalne bolezni in bolezenska stanja, ki so privedla do pojava kronične rane. Pri pacientih s kronično rano se ob negovalnih in terapevtskih intervencijah lahko pojavlja akutna bolečina z vsemi svojimi karakteristikami. Glede na njeno trajanje imajo ti pacienti kronično bolečino (KB), pri kateri pa ne gre več za neposredno zdravljenje bolezni, temveč je bolečina bolezen zase. Bolečina paciente izčrpava, so neprespani, anksiozni in zaskrbljeni. Življenje s kronično bolečino pacienta psihično spremeni. Naveličanost, utrujenost, brezup in nemoč vplivajo na vedenjske vzorce. Pacienti postanejo nekomunikativni, agresivni do okolice ali samega sebe in v mnogih primerih depresivni. Zato je izredno pomembno, da se z učinkovitim in hitrim zdravljenjem bolečine prepreči proces, ko blažja bolečina preraste iz akutne v kronično (Krčevski Škvarč 2011). Z individualno prilagojenim zdravljenjem in rednimi ocenami učinka zdravljenja dosežemo, da pacient v najkrajšem možnem času nima hujših bolečin (VAS ≤ 3), čim manj neželenih učinkov in izboljšanje kakovosti pacientovega življenja (Lahajnar Čavlovič et al 2008).

Vloga medicinske sestre

Medicinske sestre se pri svojem delu v ambulantah, bolnišnicah, domovih za starejše in drugih socialnih zavodih ter na domovih pacientov redno srečujejo s pacienti s kronično bolečino. Največkrat je prav medicinska sestra (MS) tista, ki ji pacient pove, da ima bolečine.

MS ima pri zdravljenju pacienta s KB pomembno vlogo pri prepoznavi in zgodnji oceni bolečine, merjenju njene jakosti, pravilni in varni aplikaciji analgetičnih učinkovin, preverjanju učinkovitosti danega analgetika, preverjanju prisotnosti neželenih učinkov in zapletov analgezije (depresija dihanja, sedacija, hipotenzija, slabost, bruhanje), dokumentiranju in obveščanju zdravnika o neučinkoviti analgeziji (Šmitek, Krist 2008). Cilji zdravljenja/lajšanja KB, ki si jih postavi MS pri načrtovanju zdravstvene nege, so bolečino odstraniti ali vsaj omiliti, odpraviti oz. zmanjšati pacientovo neugodje in njegove neprijetne občutke, pacientu omogočiti samostojnost in neodvisnost pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti, udobno počutje in miren počitek, vzpodbuditi sodelovanje in zaupanje pacienta v zdravljenje ter ohraniti njegovo dostojanstvo ter upoštevanje avtonomije pacienta pri načrtovanju zdravljenja, hkrati pa tudi vključevati in informirati pacientove svojce v proces lajšanja bolečine ter sodelovati v multidisciplinarnem teamu. Terapevtska komunikacija in pozitivni odnosi bodo pri pacientu vzpodbudili zaupanje. Cilj je stalen nadzor nad bolečino, redno ocenjevanje bolečine in učinek analgezije. Prisotnost bolečine in višja ocena bolečine, npr. VAS 4, pa zahteva pogostejše ocenjevanje bolečine in dajanje protibolečinskih sredstev ter ocenjevanje njihovih učinkov. Ponovna ocena bolečine je 20 minut po parenteralni in 60 minut po peroralni aplikaciji analgetika (Svilenković et al 2013).

Pomembno je tudi zdravstveno vzgojno delo, ki ga MS izvaja kot edukacijo o pravočasnem in rednem jemanju analgetikov, o možnostih, načinih in metodah lajšanja bolečine, o stopnjevanju aktivnosti, obvladovanju disfunkcionalnih prepričanj o bolečini in katastrofičnem doživljanju bolečine s ciljem izboljšati kakovost življenja in povečati vključenost v poklicno in zasebno življenje (Kuret, Jamnik 2011). Pomembno je poučevanje pacienta, kako se uporabljajo lestvice za ocenjevanje bolečine in pripomočki za dovajanje analgetskih učinkovin.

Zdravljenje vsake bolečine se prične s pravočasno prepoznavo, oceno ter izmerjeno jakostjo. MS pozna metode ocenjevanja in lestvice za oceno bolečine in na podlagi tega postopke lajšanja bolečine. MS oceni bolečino med negovalno anamnezo, ko se prvič seznani s pacientom - pa naj bo to v bolnišnici, ambulantni ali domačem okolju. Z ocenjevanjem bolečine, ki predstavlja veliko širši in celosten pogled na pacienta s KB kakor samo merjenje jakosti bolečine, pridobi celosten in individualen pogled na pacienta s KB. Pri pridobivanju informacij o pacientovi bolečini preuči tudi pacientovo medicinsko dokumentacijo ali pridobi informacije od drugih virov v primeru, da pacient ne zmore podati verbalne ocene bolečine. Pridobi podatke o organskem vzroku za bolečino, seznani se s pacientovim občutenjem bolečine, spozna tudi, kako ta vpliva na pacientove miselne procese, kakšno je njegovo stališče do bolečine in pomen le-te ter kako se z njo spoprijema in jo obvladuje. Tudi pacientovo sociokulturno okolje vpliva na zaznavanje bolečine in odgovore nanjo (Lokar, Logonder, Lahajnar 2005).

V pogovoru s pacientom, ki naj bo načrtovan sistematično, mu MS postavi splošna vprašanja, kot so: kaj ga boli, o mestu in izžarevanju bolečine, zakaj ga boli, kakšna je lastnost bolečine (topa, ostra, zbadajoča ...), s katerimi zdravili se trenutno lajša bolečina in kaj je pacient jemal v preteklosti. MS zanima tudi, ali pacient uporablja za lajšanje še kake druge načine zdravljenja in ali so bili ti načini učinkoviti. Opazuje, kako se pacient vede, ko ga boli, in kako izraža bolečino, saj prisotnost bolečine povzroči različne oblike vedenja, ki so namenjene zmanjševanju bolečine ali pa so kazalci prisotnosti bolečine. Ugotavlja, kako pacientovo razpoloženje vpliva na bolečino; ali je jezen, depresiven ali oboje, ga je strah; ali je pacient

razumsko omejen ali je pod večjim psihičnim stresom, ali ima v anamnezi odvisnost od alkohola ali zdravil. MS izvede tudi socialno oceno; oceni, kako bolečina vpliva na pacientove vsakodnevne aktivnosti, kako učinkovita je njegova socialna podpora, ali se pojavijo finančni problemi. Kulturna ocena o pacientu pove, kako njegovi običaji, vrednote in kulturna tradicija vplivajo na izražanje, pomen in zdravljenje bolečine. Tudi duhovna ocena pove, kakšen pomen predstavlja bolečina za pacienta. Nazadnje MS povpraša pacienta, kako okolje vpliva na njegovo bolečino (hrup, močna svetloba) in v katerih pogojih je bolečina manj izražena. (Benedik 2008).

Ocenjevanje kronične bolečine

Ocena intenzivnosti bolečine je le majhen del ocene kronične bolečine. Določiti jakost bolečine pri pacientu pogosto tudi za izkušeno MS ni preprosta naloga. Veliko raziskav je pokazalo, da pacienti velikokrat določijo popolnoma drugačno jakost kot MS, kar pomeni, da je lahko bolečina pri pacientu močnejša, kot domneva MS. KB je izjemno neprijetna in zelo osebna izkušnja, zato je pacientova ocena bolečine tista, ki jo mora MS upoštevati, ko ocenjuje jakost bolečine s pacientom z izbrano lestvico. Znati mora aktivno poslušati, slišati in verjeti pacientu ter ob tem zmanjševati strah, ki vedno spremlja bolečino.

Kadar želimo vedeti, kako huda je bolečina, ko je najhuje, in kako huda je bolečina, ko je najmanj moteča, oziroma je pacient brez bolečin, uporabljamo enostavne enodimenzionalne lestvice kot npr. vidno analogno lestvico, številsko ocenjevalno lestvico, verbalno ali opisno oceno bolečine ali Wong-Bakerjeva lestvico obrazov.

Vidna analogna lestvica (angl. Visual Analogue Scale, VAS) je 10 cm dolga daljica, kjer en skrajni del predstavlja »nič bolečine« in nasprotni »najhujšo možno bolečino«. Na tej daljici pacient označi točko, ki predstavlja njegovo trenutno bolečino.

Številska ocenjevalna lestvica (angl. Numeric Rating Scale, NRS) od 0 do 10, pri čemer 0 pomeni nič bolečine in 10 najhujšo predstavlja bolečino (Kuret, Jamnik 2016).

VAL in NRS sta zanesljivi in preverjeni lestvici in za nobeno izmed njiju ne moremo trditi, da je bolj oz. manj odzivna za spremljanje sprememb med terapijo. Med lestvicama pa so razlike glede sprejemanja pri pacientih, stopnje zahtevnosti zbiranja podatkov in zmožnosti ocenjevanja po telefonu. Tako je pri pacientih bolj priljubljena lestvica NRS, ki je lažje razumljiva in za paciente manj abstraktna.

Za ocenjevanje pacientov s KB so priporočljivi multidimenzionalni in generični vprašalniki, ki podajo širšo, celostno informacijo o vplivu KB na pacientovo kvaliteto življenja.

Multidimenzionalni McGillov vprašalnik o bolečini in kratki McGillov vprašalnik o bolečini (angl. The McGill Pain Questionnaire, MPQ, in The Short-Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ) vključujeta poleg ocene bolečine po VAS še kakovost bolečine in dajeta podatke o pacientovem dožemanju bolečine. Bolečina ima različne čutne in čustvene komponente, ki poleg jakosti bolečine poglobljeno opišejo izkušnjo bolečine. Tako lahko z določenimi postopki vplivamo na različno čutno kakovost bolečine in ne nujno le na njeno jakost. Vsebuje štiri dele, ki povedo: kako boli, oziroma kašne vrste je bolečina; kje boli; trajanje bolečine in aktivnosti, ki jo sprožajo, povečajo ali zmanjšajo ter kako močna je bolečina v času, ko pacient izpolnjuje vprašalnik. Po potrebi je dodan še peti del, ki daje potrebne podatke o zgodovini pacientove bolezni in medikamentozni terapiji. Uporablja se ga kot intervju. Kratki vprašalnik vključuje 15 čutnih in čustvenih opisovalcev bolečine, rezultat je predstavljen kot skupni izid in izid na čutni in čustveni podlestvici (Kuret, Jamnik 2016). Generični vprašalniki, kot je večrazsežni vprašalnik o bolečini (angl. Multidimensional Pain Inventory, MPI) so zanesljivo in preverjeno ocenjevalno orodje, ki meri vpliv bolečine na posameznikovo

življenje, odzive okolice na njihovo izražanje bolečine ter pogostost udeleževanja v določenih aktivnostih dnevnega življenja (Kuret, Jamnik 2016).

Kratki vprašalnik o bolečini (angl. Brief Pain Inventory, BPI) je namenjen temu, da pacient na 10-stopenjski lestvici opredeli stopnjo svoje bolečine in vpliv bolečine na vsakodnevne aktivnosti, razpoloženje, zmožnost za delo, za družabno življenje, spanje in uživanje življenja (Kuret, Jamnik 2016). Pripomoček, ki lahko pri ocenjevanju pomaga, je dermatomska bolečinska risba, na kateri bolnik zasenči mesto in širitev bolečine. (Lokar et al. 2005). Priporočljivo je tudi, da pacient vodi bolečinski dnevnik, kjer si zapisuje podrobnosti o dnevni aktivnosti in medikamentozni terapiji z namenom, da se pokažejo dejavniki, ki sprožijo bolečino, in tisti, ki jo minimalizirajo.

Zdravljenje kronične bolečine

Pacienta s KB obravnavamo multidisciplinarno in multimodalno. Svetovna zdravstvena organizacija priporoča za zdravljenje bolečine tristopenjsko shemo, pri čemer izberemo analgetik glede na vzrok, jakost in vrsto bolečine. Na vseh stopnjah zdravljenja bolečine uporabimo še dodatna zdravila, npr. antidepressive, antiepileptike (Kos 2012).

Sistemiški učinek zdravljenja KB dosežemo z vnosom analgetika peroralno ter parenteralno. Slednje vključuje vnos protibolečinskih učinkovin skozi kožo – transdermalno, intravenozno v obliki posameznih odmerkov v bolusu, neprekinjeno preko sistema za natančno doziranje, v obliki običajne infuzije ali neprekinjeno prek črpalk, običajno s pacientovim nadzorom (PCA), rektalno, subkutana kontinuirana infuzija, sublingvalna in intranazalna aplikacija opioida, ki ima hiter učinek in je primeren tudi za domačo uporabo; ob prebijajoči bolečini: bukalne tablete, podjezične mukoadhezivne tablete ter pršila za nos. Intramuskularna aplikacija zdravil se opušča zaradi stranskih učinkov, kot sta travma na mestu vboda in možnost okužbe. Nepredvidljiva je tudi absorpcija zdravila, ki je lahko razlog za neprimerno analgezijo.

S strani pacienta nadzorovana analgezija (PCA)

Učinkovita metoda analgezije je s strani pacienta nadzorovana analgezija (ang. PCA – patient controlled analgezija), pri kateri z uporabo posebne infuzijske črpalke omogočimo pacientu, da si poleg kontinuiranega vnosa analgetikov ob povečani bolečini vbrizga dodaten, enkratni vnaprej programiran odmerek analgetika. Aktiviranje gumba za dodaten vnaprej programiran odmerek je časovno omejen. Če pacient pritisne gumb za enkratni odmerek pred omejenim časom, se gumb ne aktivira. Na tak način se izogne nevarnosti predoziranja (Chumbley, Mountfod, 2010). MS preverja delovanje PCA črpalk, predpisan pretok ter mesto vnosa učinkovin.

Transdermalni obliži

Pri zdravljenju stabilne KB so primerni tudi transdermalni obliži opioida (fentanil, buprenorfin). Zaradi kasnejšega kritičnega učinka opioida preko transdermalnega obliža (maksimalna koncentracija v plazmi po 12 - 24 urah) je potrebno, da pacient pred tem prejme še zadnji odmerek dolgo delujočega opioida. Fentanilski obliž se menja na 72 ur. Po odstranitvi obliža traja analgezija še 12 do 24 ur, kar oteži ukrepanje ob pojavu stranskih učinkov, ki pa se redkeje pojavljajo in so manj izraziti kot pri drugih načinih aplikacije opioidnih analgetikov. Obliž prilepimo na zdravo, nepoškodovano in suho kožo. Mesto namestitve je površina prsnega koša ali ramenskega obroča. Izberemo predel kože brez dlak. Če to ni možno, dlake na mestu aplikacije pred nanosom postrižemo (ne brijemo). Ob menjavi obliža menjamo tudi mesto namestitve. Opremimo ga z datumom. Razdeljenega, prerezanega ali kakorkoli poškodovanega obliža ne smemo uporabiti (Drain, Odom-Forren, 2009).

Aplikacija zdravil s pomočjo elastomerne črpalke

Kadar pacient zdravila ne more zaužiti skozi usta in pri zdravljenju bolečine, pri kateri terapija per os ni učinkovita, ga lahko dobi podkožno v neprekinjeni infuziji preko elastomerne črpalke. Prednosti takega zdravljenja so, da ni potrebno pogosto zbadanje in da dosežemo razmeroma stalno raven zdravila v plazmi ter možnost uporabe različnih učinkovin. Tako zdravljenje lahko uporabljamo na domu (Lahajnar Čavlovič et al 2002). MS dnevno nadzoruje pretok - praznjenje črpalke, vbodno mesto in bolečino.

Nadzor pacienta

MS mora pacienta s KB, ki prejema analgetično terapijo, sistematično opazovati ter meriti vitalne znake, stopnjo sedacije, merjenje saturacije O₂ v arterijski krvi ter pravilno ovrednotiti vitalne funkcije. Tako lahko pravočasno odkrije ali prepreči neželene učinke in zaplete analgezije. Potrebna so znanja s področja obravnave bolečine, da lahko nadzoruje vse kriterije, ki so povezani z načini analgezije (načini vnosa: per os, i.v. ...), farmakološkimi učinkovinami (neopioidni analgetiki, opiodi, lokalni anestetiki ...), nefarmakološkimi postopki, metodami analgezije (elastomerne črpalke, PCA ...).

Pri dajanju analgetikov mora MS dosledno upoštevati pravilo »deset P«, kar pomeni pravo zdravilo, prava doza, pravi čas, pravilen način, pravemu pacientu, pravilo informiranja, pravilo pristanka, pravilo dokumentiranja, pravilo opazovanja, pravilo vrednotenja (dostopno na <http://www.zdravstvena.info/vsznj/aplikacija-zdravil-per-os/> 16. 2. 2018).

Vse ukrepe MS natančno dokumentira v negovalno ali medicinsko dokumentacijo, kar omogoča vpogled v prejšnje negovalne intervencije, nadzor in preverjanje uspešnosti ter kakovosti analgezije in seveda zagotavlja kontinuiteto dela (Kardoš, Svilenković, 2005).

Neželeni učinki zdravljenja z močnimi opiodi so slabost in bruhanje, sedacija in depresija dihanja.

Slabost in bruhanje sta pogosta stranska učinka uporabe opiodov in zelo neprijetna za pacienta. Pogostejše se pojavlja pri ženskah, nekadilcih in pri pacientih, ki imajo slabost in bruhanje v anamnezi. Vzrok je v vzdraženju dopaminskih receptorjev. Za preprečevanje in zdravljenje opiodne slabosti in bruhanja so učinkoviti nevroleptiki z zaviralnim učinkom na dopaminske receptorje (butirofenoni in fenotiazini) ter deksametazon. Pacientu pomagamo z razbremenilnim položajem in odstranitvijo motečih dejavnikov iz njegove neposredne bližine (hrup, močna svetloba, slab zrak ...). Učinkovito je tudi zmanjšanje odmerka opioda, zamenjava opioda, sprememba načina vnosa opioda ali ukinitvev kontinuiranega pretoka opioda (Šmitek, Krist 2008).

MS opazuje tudi budnost oz. zaspanost pacienta z namenom preprečevanja stopnjevanja sedacije. Ta se pogloblja postopoma in ob neukrepanju vodi do depresije dihanja. Ocenjevanje sedacije vključuje stopnjo zaspanosti in zmožnost odzivanja na pogovor ali navodila. Ocenjujemo jo s tristopenjsko lestvico, pri čemer ob 2. stopnji sedacije pacienta z lahkoto prebudimo, vendar kmalu zatem zaspi že med pogovorom. Njegovo dihanje je plitvo, zenice so ožje (2 - 3mm), frekvenca utripov srca < 10. Pacient ne sodeluje pri terapevtskih in negovalnih procesih. MS takega pacienta redno opazuje, mu meri vitalne funkcije in ga spodbuja k dihanju. Po konzultaciji z zdravnikom prilagodi analgetično terapijo in po potrebi aplicira kisik (Šmitek, Krist 2008).

Depresijo dihanja lahko povzročijo opiodi, saj imajo neposredni učinek na dihalni center v centralnem živčnem sistemu. Učinek je odvisen od odmerka in jakosti opioda. Tako močni opiodi (fentanil, alfentanil, sufentanil) že v majhnih odmerkih zavirajo dihanje, medtem ko šibki opiodi (kodein, tramadol) v kliničnih

odmerkih nimajo bistvenega vpliva na dihanje. Klinični znaki depresije dihanja so: upočasnitev dihanja (bradipnea), plitva globina dihanja, O₂ saturacija pod 90 %, neenakomeren ritem dihanja (apnoične pavze). Vitalne znake pri pacientu kontinuirano spremljamo na monitorju, pacient sočasno prejema tudi kisik. Spremljamo dihalne funkcije (saturacija kisika, frekvenca in globina dihanja). Kličemo reanimacijsko ekipo, zagotovimo i.v. pot, prosto dihalno pot (možnost intubacije, ventilacije). Po naročilu zdravnika uporabimo nalokson – opioidni antidot. Če ima pacient kontinuirano analgezijo, se jo ukine (PCA - črpalka). (Šmitek, Krist 2008, http://www.drmed.org/strok/nujna_stanja/09/09-29.php (15. 2. 2018)).

Hipotenzija je najpogostejši in pričakovan neželen učinek pri intravenski uporabi opioidov. O hipotenziji govorimo, če je sistolični krvni tlak znižan za >20 % običajne pacientove vrednosti ali pade pod 90 mm Hg. MS obvesti zdravnika, ki odredi večji pretok infuzije ali sredstva za zvišanje krvnega tlaka (Chumbley, Mauntford, 2010).

Neželene učinke obvladujemo s simptomatskim zdravljenjem neželenih učinkov, zmanjšanjem odmerka opioida pri pacientih z obvladano bolečino, rotiranjem opioida, rotiranjem poti vnosa (Lahajnar Čavlovič et al 2008).

ZAKLJUČEK

Kronična bolečina vpliva na kakovost življenja, zato jo je potrebno zdraviti. Medicinska sestra lahko z ustreznim znanjem in ravnanjem pomembno vpliva na uspešno zdravljenje kronične bolečine. Z lestvicami za ocenjevanje bolečine naredi tudi kronično bolečino vidno. Kronične bolečine ni vedno možno odpraviti v celoti, prav pa je, da jo z ustreznim medikamentoznim in nemedikamentoznim zdravljenjem ublažimo oziroma omogočimo, da postane za pacienta znosna. Če govorimo o bolečini kot o petem vitalnem znaku, jo moramo tudi obravnavati kot ostale vitalne znake, kar vključuje zgodnje ocenjevanje, pravilno obravnavo in dokumentiranje bolečine pri vseh pacientih.

LITERATURA

Benedik J., Červek J., Červ B., Gugić Kevo J., Mavrič Z., Serša G. & Zakotnik B., 2008. Pogosta vprašanja v paliativni oskrbi: priročnik. Ljubljana: Onkološki inštitut 2008.

Chumbley G, Mountfod L. Patient-controlled analgesia infuzion pumps for adults. Art end Science. Nursind Standard. 25, 8, 35-40: 2010.

Drain B. C., Odom Forren I. Perianesthesia nursing. A critical Care Approach management in PACU, 2009: 445. Jamnik H, Mramor M, Pirnat B, Vidmar J, Švajger A. (2011). Interdisciplinarna rehabilitacija oseb s kronično bolečino. V (Kamenik, Krčevski Škvarč, Lahajnar) Vpliv bolečine na družbo. Maribor: 2011.

Kardoš Z, Svilenkovič V. Dokumentiranje bolečine. V: 40. strokovni seminar Lajšanje akutne pooperativne bolečine. Rogla: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, 2005: 99–103.

Kerec Kos M. Zdravila za zdravljenje bolečine. Farmacevtski vestnik 2012. Dostopno na: www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-PRNXLGRS/088f2b0e.../PDF [15. 2. 2018].

Krčevski Škvarč N. Kako iz oklepa trdovratne kronične bolečine? Dostopno na (<http://www.delo.si/druzba/zdravje/kako-iz-oklepa-trdovratne-kronicne-bolecine.html>) [15. 2. 2018].

Kuret Z, Jamnik H. Ocenjevanje bolnikov z akutno in kronično bolečino v vratu. Dostopno na:

http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2016_S1_p100-110.pdf) [15. 2. 2018].

Lahajnar-Čavlovič S., Krčevski Škvarč N., Stepanovič A., Čufer T. Usmeritve za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. Slovensko združenje za zdravljenje bolečine in združenje zdravnikov družinske medicine. Zdravstveni vestnik 2008; 77:7-12.

Lokar K, Logonder MM, Lahajnar Čavlovič S. Sodobni trendi pri obravnavi pacientov z bolečino – ocenjevanje bolečine. 32. strokovni seminar. Sodobni trendi v onkologiji in onkološki zdravstveni negi. Rogla, 29. 9. in 30. 9. 2005. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, Rogla, 2005: 29–40.

Logonder M., Salobir V., Žargi T. Uporaba črpalk za podkožno dajanje zdravil v paliativni oskrbi. Onkologija 2002; Letnik VI št. 1: 40-4.

Svilenković V, Gržinič J, Butala S, Prendl A, Sazonov A. Obvladovanje bolečine pri odraslih pacientih. Interni standard. ST UKCL ZBN 006. Ljubljana: UKC Ljubljana, 2013: 18.

Šmitek J, Krist A. Venski pristopi, odvzem krvi in dajanje zdravil. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, 2008: 185–212. Dostopno na: http://www.drmed.org/strok/nujna_stanja/09/09-29.php [15. 2. 2018].



ALI JE MOŽNO KRONIČNO BOLEČINO ZDRAVITI TUDI DRUGAČE?

Viki Kotar,
mag. zdr. nege

Ambulanta za terapijo bolečine,
Klinični oddelek za anesteziologijo in
intenzivno terapijo operativnih strok
viki.kotar@gmail.com

mag. Darija Peterec Kotar,
univ. dipl. psih.

specializ. transakcijsko analitične psihoterapije
Darija Peterec Kotar s.p., Psihološko
svetovanje, Podlipa 16, 8274 Raka
peterec.d@gmail.com

IZVLEČEK

Prispevek obravnava posebnosti pacienta s kronično rano, ki lahko ima bolečine različnih vrst in jakosti. Predstavljamo nekatere intervencijske farmakološke in ne farmakološke metode zdravljenja bolečin in podrobneje opišemo načine lajšanja le-teh pri pacientu s kronično rano, ki jih uporabljamo v Ambulanti za zdravljenje bolečine v UKC Ljubljana. V prispevku umeščamo pacienta s kronično rano, ki ima bolečino, v proces zdravstvene nege. Predstavljamo vlogo in naloge medicinske sestre/zdravstvenika pri zdravljenju bolečine pri različnih metodah zdravljenja bolečine, vključujoč multidisciplinarnost pri obravnavi bolečine. Zdravljenje pacienta z rano ne zajema le zdravstvene oskrbe rane pač pa tudi krepitev fizičnega in duševnega zdravja pacienta, zaradi česar je pomembno poznavanje psiholoških težav, s katerimi se soočajo pacienti s kronično rano.

Ključne besede: rana, akutna bolečina, kronična bolečina, zdravljenje bolečine, multidisciplinaren pristop, psihološki ukrepi.

ABSTRACT

The article presents the specific features of a patient with a chronic wound. Some interventional pharmacological and non-pharmacological methods as a manner of treating pain which are used at the Clinic for pain therapy at the University Medical Centre in Ljubljana are presented. In the article a patient with a chronic wound who has a pain is placed in the process of nursing care. The role and tasks of a nurse/healthcare professional in the treatment of pain in various methods of pain therapy, including multidisciplinary approach in the treatment of pain are also presented. Treatment of the patient with the wound should not only involve the medical care of the wound itself, but also the acquisition of the physical and mental health of a patient, which makes it important to know the psychological problems faced by patients with a chronic wound.

Key words: wound, acute pain, chronic pain, chronic pain treatment, multidisciplinary approach, psychological interventions.

UVOD

Bolečina je subjektivna in ne pomeni vedno poškodbe ali bolezni tkiva. Je nujni obrambni mehanizem, ki preprečuje poškodbe in omogoča ustrezno ravnanje ob bolezni ali poškodbi tkiva. Pacient s kronično rano ima običajno manjše probleme z rano samo v primerjavi s težavami, ki spremljajo njegovo bolezensko stanje. Rane so običajno le simptom nekega patološkega dogajanja ali bolezni v ozadju (Triller 2008). Bolečina je eden izmed najpogostejših simptomov v zvezi s kronično rano, ki je največkrat povezana z oskrbo rane (Upton 2014).

Multidisciplinarni pristop k zdravljenju bolečine

Problem zdravljenja kronične bolečine je kompleksen, zato tudi zahteva širšo obravnavo. Pri obravnavi bolečine je potreben multidisciplinarni pristop, ki zajema psihosocialne in biološke faktorje ter je usmerjen v ponovno vzpostavitev osnovnih življenjskih funkcij (Stanos et al. 2011). Potrebna je odgovorna in strokovna odločitev o zdravljenju, pri kateri naj sodeluje tudi pacient. Godec (2003) navaja, da ni zdravila, ki bi enako učinkovito olajšalo kronično bolečino pri vseh pacientih. Poudarja pomembnost dobre izbire

zdravila in multidisciplinarni pristop v zdravljenju. V timu, ki obravnava pacienta s kronično rano in s kronično bolečino, sodelujejo zdravnik specialist anesteziolog – algolog, zdravniki drugih specialnosti iz pripadajoče specializacije primarne patologije (nevrolog, ortoped, travmatolog, onkolog, internist, fizioter, farmakolog), psihiater, klinični psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt, socialni delavec, specialist za biofeedback, diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik s specialnimi znanji s področja terapije bolečine. Ključni proces multidisciplinarne obravnave pacienta predstavlja osnovni zdravstveni pregled in klinično oceno bolezenskega stanja, vključno s celotnim mišično-kostnim pregledom, psihološkim pregledom, pregledom morebitnih poškodb, ki so povezane z njegovim delovnim mestom. Tak pristop omogoča strokovnemu timu optimalno oceno stopnje motivacije pacienta in realnost ciljev, ki si jih je načrtal za uspešno vrnitev v delovno okolje (Stanos et al. 2011).

Medicinska sestra/zdravstvenik je v timu zagovornik pacienta, ki sodeluje z ostalimi člani tima in je obenem koordinator timskega dela ter prispeva k boljšemu interdisciplinarnemu pristopu (Ščavničar 2004). Multidisciplinarni pristop pri obravnavi pacienta s kronično rano predstavlja izziv, saj vključuje nabor znanj in vedenj z različnih interdisciplinarnih področij, ter hkrati povezuje različne time. Pri obravnavi pacienta s kronično rano je vizija v prihodnosti transdisciplinarno delovanje, ki zajema integracijo vedenj iz čim več različnih interdisciplinarnih področij znanosti, hkrati pa vključuje tudi medsebojno povezovanje različnih multidisciplinarnih timov (Georgiev et al. 2015).

Metode in načini zdravljenja bolečine pri pacientu s kronično rano

Vsako bolečino, akutno in kronično je potrebno lajšati. Nezdravljena ali slabo zdravljena bolečina povzroča organizmu stres, kar podaljša čas celjenja rane (Upton et al. 2012). Najboljši način lajšanja bolečine je tisti, ki odpravi vzrok. Cilj protibolečinskega zdravljenja je v najkrajšem možnem času (v nekaj dneh) s čim manj neželenih učinkov zmanjšati bolečino ($VAS \leq 3$) in pacientu izboljšati kakovost življenja (Lahajnar Čavlovič et al. 2015). Kadar vzroka kljub izčrpnim diagnostičnim posegom ni mogoče odkriti ali ga ni mogoče odpraviti, izberemo simptomatske metode lajšanja bolečine. Razdelimo jih na medikamentozne/farmakološke in nemedikamentozne/nefarmakološke metode (Richardson & Upton 2011).

V prispevku predstavljamo metode lajšanja bolečine, ki jih uporabljamo tudi pri obravnavi pacienta s kronično rano in kronično bolečino v Ambulanti za zdravljenje bolečine Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani.

Za obravnavo težko obvladljive bolečine se uporabljajo invazivni postopki zdravljenja bolečine. Intervencijska obravnava bolečine obsega diagnostične in terapevtske tehnike, tehnike vpliva na senzorične živce z zdravili in fizikalnimi vplivi ter minimalno invazivne kirurške posege. Interventni postopki omogočajo alternativne poti dajanja analgetikov in lokalnih anestetikov, ki delujejo na mestu, iz katerega izhaja močna neobvladljiva bolečina (Lahajnar Čavlovič et al. 2015). Izmed intervencijskih tehnik v Ambulanti za zdravljenje bolečine v UKC Ljubljana uporabljamo blokade perifernih živcev in živčnih korenin z nevromodulacijo in nevrolizo. Za izvajanje blokad uporabljamo ultrazvočni aparat, ki predstavlja dodatno oko zdravniku specialistu anesteziologu za kontrolirano aplikacijo anestetika na tarčno živčno strukturo (Salihovič 2012). Prav tako z ultrazvokom specialist anesteziolog z asistenco izkušene diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika izvaja trigger blokade (blokade bolečega mesta), blokade sklepov in njim pripadajočih struktur. Ultrazvok v Ambulanti za zdravljenje bolečine uporabljamo kot diagnostični in terapevtski pripomoček, ki nadomešča možnost aplikacije lokalnega anestetika s slepo metodo ali z uporabo elektrostimulatorja. Če želi specialist anesteziolog za izvedbo perifernih ali centralnih živčnih blokad videti še kostne strukture, v ta namen uporablja rentgenski aparat.

Nefarmakološke metode zdravljenja bolečine predstavljajo zdravljenje z akupunkturo, površinsko protibolečinsko električno draženje živcev (angl. transcutaneous electrical nerve stimulation, v slovenskem prevodu transkutana električna živčna stimulacija oz. TENS) in terapijo s svetlobo oz. fotobiomodulacijo. Posebej poudarjamo pomen poznavanja psihološkega aspekta in nekaterih uporabnih psiholoških tehnik za podporo pacienta s kronično rano.

V slovenskih ambulantah za zdravljenje bolečine je akupunktura najpogostejše uporabljena nefarmakološka oblika zdravljenja bolečine pri osebah s kronično rano; v Sloveniji je uvrščena med dodatne metode zdravljenja. Akupunktura je metoda, pri kateri zdravnik akupunkturolog vbada tanke igle v točno določene akupunkturne točke telesa. Akupunktura je del tradicionalne medicine, ki zagovarja, da so vse bolezni in bolečine posledica nesorazmerja med dvema silama, yin in yang. Stimulacija akupunkturnih točk lahko izzove fenomen qi, ki prinaša osebi subjektivni občutek toplote, teže, edema, mravljinčenja in mrtvičenja (Kosi 2000). Igle osebi z bolečino aplicira specialist anesteziolog in jih pusti na mestu do 30 minut, občasno jih vrti s prsti ali jih stimulira z električnim tokom, kar imenujemo elektroakupunktura. Akupunktura ima tri glavne lastnosti: močan dražljaj dvigne prag za bolečino – sproži analgezijo; pogosto se draži oddaljeno od obolelega mesta, da se doseže akupunkturna analgezija; kratkotrajno draženje lahko traja od nekaj sekund do pol ure ali dlje in sproži učinek, ki traja nekaj ur, dni, tednov ali pa bolečino za vedno odpravi. Cilj akupunkture je obnovitev energijskih tokov in s tem ponovno vzpostavitev harmonije v telesu (Godec 1989). Akupunktura se je izkazala za zelo varno in učinkovito nefarmakološko metodo zdravljenja bolečin z redkimi in nepomembnimi stranskimi učinki (Vintar 2015). Melzack (v Godec 1989) uvršča akupunkturo med zdravljenje z močnim draženjem; dražimo lahko z iglami, toploto – moksibustija (posebno pripravljeno listje pelina, ki enakomerno izgoreva), električnim tokom ali s prsti – akupresura.

Transkutana električna živčna stimulacija (TENS) je najbolj raziskana metoda elektroterapije in znanstveno dokazano učinkovito protibolečinsko deluje pri osebah z mišično-kostno bolečino in celo s postamputacijsko fantomsko bolečino (Vintar & Lopuh 2011). Sodobni TENS deluje na baterije in ima možnost nastavljanja različnih frekvenc, trajanja in oblik posameznih impulzov z določeno hitrostjo porasta in upada jakosti posameznega impulza. Možno je določiti različne načine delovanja, kot so kontinuirano, v skupinah (burst) in uporaba mešanih frekvenc. Na začetku jo izvaja izkušena diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik in/ali fizioterapevt, kasneje pa se lahko po nastavitvi najučinkovitejših parametrov in aplikaciji elektrod na prava mesta TENS terapija nadaljuje doma (Klopčič Spevak 2000). TENS izvajamo pri pacientu v okolici bolečega mesta oz. kronične rane. Analgetični učinek TENS-a pripisujemo zaviralnemu vplivu na nevrone v hrbtenjači, ki sprejemajo impulze različnih načinov zaznavanja bolečine z relativno velikega področja (Vintar & Lopuh 2011). Protibolečinsko delovanje TENS-a je 4–7 ur dnevno. Raziskave so pokazale (Klopčič Spevak 2000), da se z vsakodnevno 30-minutno uporabo TENS-a zmanjšuje potreba po protibolečinskih zdravilih. V Ambulanti za terapijo bolečine v UKC Ljubljana po navodilu zdravnika pacientom z bolečino in kronično rano (z medicinsko diagnozo: ulcus cruris, diabetična polinevropatija, obsežna in boleča pooperativna brazgotina) TENS aparat posodimo domov sprva za teden dni, nato ima pacient možnost nadaljnje izposoje aparata po predhodnem kontrolnem pregledu pri zdravniku anesteziologu. Pacienti, pri katerih je bila TENS terapija učinkovita, v naši ambulanti dobijo tudi informacijo, kje lahko kupijo primeren TENS aparat.

V Ambulanti za terapijo bolečine v UKC Ljubljana za zdravljenje bolečine in učinkovitejše celjenje ran uporabljamo barvno svetlobno terapijo Biopton, ki se običajno uporablja kot podporna terapija ostalim metodam protibolečinskega zdravljenja. Fotobiomodulacija pomeni uravnavanje delovanja našega telesa z elektromagnetnimi valovi z valovno dolžino od 600 do 1000 nm. Izkoriščamo učinke enega od fizikalnih sredstev, in sicer svetlobo vidnega rdečega spektra in svetlobo blizu rdečega spektra. Kot fizikalno in protibolečinsko sredstvo fotobiomodulacija obnavlja in optimizira delovanje celic, razširi

arterije, s čimer omogoči dostavo večje količine življenjsko pomembnega kisika in hranilnih snovi do poškodovanega in/ali bolečega tkiva in s tem olajša bolečine, omogoči hitrejšo celjenje ran ter spodbuja lastne obrambne sposobnosti organizma. Pravilno vodena nima škodljivih stranskih učinkov, ne vpliva na učinkovanje drugih zdravilnih snovi, ni alergogena, ne povzroča odvisnosti in ne vpliva na normalno delujoče celice (Meh & Georgiev 2012; Begic 2015; McNamara 2015).

Vloga medicinske sestre pri različnih metodah zdravljenja kronične bolečine

Nefarmakološki vidik obravnave pacienta s kronično rano zajema iznajdljivost in spretnost medicinske sestre/zdravstvenika, ki pacientu nudi pomoč pri zmanjševanju tesnobe in zaskrbljenosti. Slednje vključuje holistični pristop, namestitev pacienta v udoben položaj, pogovor, opazovanje pacienta in preusmeritev njegove pozornosti, odnos zaupanja, dajanje navodil o načinu dihanja in uporabi različnih sprostitvenih tehnik (npr. poslušanje umirjene glasbe pri terapiji z akupunkturo) ter aktivno sodelovanje (Debelak 2008). Pri akupunkturni terapiji vloga medicinske sestre/zdravstvenika vključuje namestitev pacienta z bolečino v ustrezen položaj za terapijo, pripravo in asistenco zdravniku specialistu anesteziologu ter ob koncu terapije odstranjevanje akupunkturnih igel pri pacientu.

Vloga medicinske sestre/zdravstvenika pri TENS terapiji zajema pravilno aplikacijo samolepilnih elektrod in priključitev le-teh na TENS aparat. Pacientu s kronično rano in bolečino na razumljiv način posreduje ustna in pisna navodila o uporabi TENS aparata in samolepilnih elektrod. Še posebej opozori na previdnostne ukrepe pri uporabi samolepilnih elektrod.

Pri uporabi barvne svetlobne terapije Bioptron medicinska sestra/zdravstvenik pacientu razloži postopek terapije ter namesti pacienta v ustrezen položaj in aplicira ustrezen svetlobni spekter.

Vloga medicinske sestre/zdravstvenika pri invazivnih postopkih zdravljenja bolečine (periferne in centralne živčne blokade, blokade v sklep, blokade bolečih točk – trigger blokade) vključuje namestitev pacienta v ustrezen položaj, asistenco zdravniku pri aplikaciji lokalnega anestetika in analgetikov po aseptični metodi, kontrolo in nadzor vitalnih funkcij z uporabo monitorja ter vzpostavitev periferne venske poti za zagotavljanje varnosti in preprečevanja morebitnih zapletov. Pacienta naroči na kontrolni pregled, ga informira ter pri tem vključuje tudi njegove svojce.

Psihološka perspektiva pacienta s kronično rano

Kronične rane so povezane s psihološkimi težavami (Upton & South 2011; Adni et al. 2012), ki se izražajo kot stres, bolečina, motnje spanja, negativno razpoloženje, težave pri vključevanju v socialno skupino, slabša samopodoba, spremenjena telesna shema, spremenjeni odnosi in težave v mobilnosti. Pacient s kronično rano lahko doživlja tudi občutke sramu, kar lahko pripelje do postopne socialne izolacije (Upton 2014). Kronična bolečina pri pacientih z rano je povezana z depresivnostjo, anksioznostjo, trpljenjem, motnjami spanja, izgubo občutka kontrole nad situacijo, s težavami v socializaciji in vedenjskimi težavami (Koenig 2003).

Pri pacientih s kronično rano sta pogosto prisotni čustveni stanji *anksioznost in depresivnost*. Anksioznost je lahko povezana z občutenjem bolečine pacienta in strahom, da se ta nikoli ne bo končala, prisotni so občutki nemoči in izguba kontrole nad situacijo, kar privede do žalosti, obupa in depresije (Koenig, 2003). Raziskave kažejo negativen vpliv anksioznosti in depresije na čas celjenja rane (Cole-King & Harding 2001; Bosch et al. 2007; Upton & South 2011).

Anksioznost in depresija sta posledici večjega stresa, ki ga doživlja pacient in sta pogosto povezani s škodljivim zdravstvenim vedenjem pacienta z rano, kot so npr. zloraba alkohola, zdravil, kajenje, nezdravo prehranjevanje in pomanjkanje telesne aktivnosti (Upton & South 2011). Raziskave so pokazale, da pacienti z višjo stopnjo anksioznosti bolečino doživljajo intenzivneje (Upton 2014).

Pacienti s kronično rano imajo pogosto slabšo samopodobo, kar je lahko povezano s povečanim izločkom iz rane, videzom rane, prilagojenim oblačenjem itd. Pacientom primanjkuje želja po druženju, počutijo se nemočne in imajo težave pri socialnem vključevanju (Pragnell & Neilson, 2010). Socialna izolacija je povezana z redkejšimi socialnimi interakcijami pacienta, socialne podpore je manj, zaradi česar se pacient začne čustveno zapirati vase. Raziskave kažejo, da so pozitivne socialne interakcije povezane s hitrejšim celjenjem ran (Detillion 2004; Broadbent & Koschwanez 2012). Socialna izolacija je lahko povezna tudi s pomanjkanjem energije pacienta zaradi motenj spanja; spanje pa ima zaradi povezanosti z imunskim sistemom pomembno vlogo pri celjenju ran (Upton & South 2011).

Nekateri ukrepi za psihološko podporo pacienta s kronično rano

Odnos med pacientom z rano in zdravstvenim osebjem je ključen (Upton et. al. 2012). Vzpostavljen odnos predstavlja terapevtski dogovor med pacientom in zdravstvenim osebjem, ki naj vključuje dimenzije (Schillinger et al. 2008), kot so vzajemno zaupanje, empatija, spoštovanje in vključevanje ožjih družinskih članov. Pacienti se pogosto čutijo ujeti v bolečini, zato jim je potrebno prisluhniti, jim pomagati in pojasniti povezanost občutenja bolečine z njihovim razmišljanjem, čustvovanjem in vedenjem (Sarafino 2008). Kognitivni stili, ki so nagnjeni h katastrofiranju, nesmiselnemu posploševanju in selektivnemu povzemanju informacij vodijo k zmanjševanju samoučinkovitosti, pospešujejo negativna čustvena stanja in okrepijo bolečino (Rus-Makovec 2010). Zato naj zdravstveni delavci spodbujajo pacienta k pozitivnemu samogovoru (npr. zmogel bom; iz te situacije bom pridobil nekaj dobrega; počutim se dobro; prenesel bom bolečino), kar vpliva na krepitev samozavesti pacienta in spodbuja k aktivnemu pristopu pri reševanju situacije (Botterill et al. 2007). Pri zmanjševanju bolečine pri postopku zdravstvene oskrbe pomaga, če pacienta spodbujamo k aktivnosti, mislimo na aktivno komunikacijo, pri čemer je pomembno spremljanje pacientove neverbalne komunikacije (Upton 2014).

Komunikacija naj bo odprta, da bo pacient lahko zaupal svoje pomisleke, strahove ter pričakovanja, in odkrita, ki pacientu dovoljuje izražanje čustev trpljenja, občutenja bolečine in stresa (McCracken 2012). S tem pacientu pomagamo, da se izrazi, sprejme trenutno zdravstveno stanje ter postopoma sprejme tudi novo telesno podobo (Deviner & Upton 2009).

Praviloma pacienti bolečino lažje prenašajo, kadar imajo občutek, da bolečino lahko nadzorujejo. Kognitivni vidik pomembno vpliva na usmerjanje energije v zdravljenje in sprejemanje odgovornosti pa tudi na zaznavanje lastnih omejitev, na sposobnost sprejemanja realnih ciljev zdravljenja, na sprejemanje priporočil zdravljenja ter na odzive pacienta na zdravljenje in posege. Kognitivne interpretacije pacienta vplivajo tudi na to, kako svoje težave predstavi bližnjim (Ogden 2008). Pacientu pomagamo z učenjem učinkovitih strategij soočanja s stresom, ki so usmerjene k reševanju in obvladovanju situacije.

Kognitivno-vedenjska perspektiva pri lajšanju težav, povezanih s kronično rano, uči pacienta tehnik, s katerimi doseže občutek večje kontrole nad svojim zdravstvenim stanjem (McCracken 2005). S kognitivno-vedenjskim pristopom učimo pacienta novih povezav med kronično rano in doživljanjem bolečine z razpoloženjem, občutenjem stresa in napetostjo (Flor & Turk 2011). Pri pacientu s kronično rano, ki doživlja bolečine, lahko fokus pozornosti odvrnemo od telesa z enostavno in uporabno tehniko distrakcije (Deviner & Upton 2009). Odvračanje pozornosti od stresne izkušnje pomaga pacientu zmanjšati stres in

bolečino, posledično pa poveča možnost za boljše celjenje rane. Uporabne so različne masaže, tehnike relaksacije in sproščanja, tehnike dihanja, ki prispevajo k zmanjševanju stresa in anksioznosti pacienta z rano (Ingram & Lavery 2009). Najpogostejše uporabljena je progresivna mišična relaksacija, ki jo je razvil avtor Jacobson. Čuječnost (ang. mindfulness) je tehnika, ki, kot kažejo raziskave (Dimidjian & Segal 2015), vpliva na izboljšanje počutja in boljšo kvaliteto življenja, zmanjšuje stres, anksioznost in depresivnost. Gre za sprejemajoče zavedanje tega, kar doživljamo v sedanjem trenutku brez obsojanja zaznanih občutkov.

ZAKLJUČEK

Pri pacientu s kronično rano je bolečina pogosta izkušnja. Naša pozornost je zato usmerjena v prepoznavanje posameznikov, ki trpijo za bolečino, ter v multidisciplinarni pristop pri njihovi obravnavi. Vsakemu pacientu s kronično rano se je potrebno posvetiti individualno in preizkusiti vse možnosti lajšanja bolečine, ki so nam na razpolago in jih hkrati tudi obvladamo. Za celovito zdravstveno obravnavo bolečine pri pacientu s kronično rano je potrebna ustrezna strokovna usposobljenost vseh vključenih zdravstvenih delavcev, njihovo znanje, motivacija, empatija pa tudi njihova pripravljenost za nudenje psihične podpore pacientu in njegovi družini.

LITERATURA

- Adni, T., Martin, K., Mudge, E., 2012. The psychosocial impact of chronic wounds on patients with severe epidermolysis bullosa. *Journal of Wound Care*, 21(11), pp. 528-538.
- Begic J., 2015. Bioptron pri zdravljenju kroničnih ran: naše izkušnje. In: 2. simpozij slovenskega združenja za fotomedicino in fotobiologijo: »Svetlobna terapija v medicini«, Ljubljana, 3. oktober 2015. Ljubljana: Slovensko združenje za fotomedicino in fotobiologijo, pp. 13-4.
- Bosch, J. A., Engeland, C. G., Cacioppo, J. T., Marucha, P. T., 2007. Depressive Symptoms Predict Mucosal Wound Healing. *Psychosomatic Medicine*, 69, pp. 597-605.
- Botterill, C., Flint, F. A., Levleva, L., 2007. Psychology of injured patient. In: Magee, D. J., Zachazewski, J. E., Quillen, W. S. (eds.), *Scientific foundations and principles of practice in musculoskeletal rehabilitation*. USA: Saunders Elsevier, pp. 458-475.
- Broadbent, E., Koschwanetz, H. E., 2012. The psychology of wound healing. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), pp. 135-140.
- Cole-King, A., Harding, K. G., 2001. Psychological Factors and Delayed Healing in Chronic Wounds. *Psychosomatic Medicine*, 63, pp. 216-220.
- Georgiev D., Meh K., Meh D., 2015. Psychological Approach to Pain as Transdisciplinary Phenomenon. V: Zbornik 18. mednarodne multikonference Informacijska družba – IS 2015, Zvezek C. Ljubljana, 8. oktober 2015. Ljubljana: Inštitut Jožef Štefan, pp. 15-9.
- Debelak A., 2008. Bolečina – kronična rana - pacient. In: Zbornik predavanj, 3. Konferenca o ranah z mednarodno udeležbo, Kronična rana in bolečina, Portorož, 24. in 25. april 2008. Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške okužbe, Kirurška klinika, Klinični center, pp. 24-6.
- Deviner, R., Upton, D., 2009. *Psychology for Nurses*. England: Routledge.
- Detillion, C. E., Craft, T. K. S., Glasper, E. R., Prendergast, B. J., DeVries, C., 2004. Social facilitation of wound healing. *Psychoneuroendocrinology*, 29, pp. 1004-1011.

- Dimidjian, S., Segal, Z. V., 2015. Prospects for a Clinical Science of Mindfulness-Based Intervention. *American Psychologist*, 70 (7), pp. 593–620.
- Flor, H., Turk, D. C., 2011. *Chronic Pain: An Integrated Biobehavioral Approach*. Seattle: IASP Press, pp. 413–489.
- Godec M., 2003. Pravilna uporaba analgetikov, ki lahko povzročajo odvisnost. In: Raba, škodljiva raba in odvisnost od zdravil. Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 29–31.
- Godec M., 1989. Akupunktura. *Zdravstveni vestnik*; 58 (4), pp. 131–33.
- Godec M., 2000. Merjenje bolečine. V: Prikazovanje bolečine - strokovno srečanje, Zdravilišče Moravske Toplice, 24. in 25. november 2000. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, pp. 119–124.
- Ingram, P., Lavery, I., 2009. *Clinical skills for healthcare assistants*. UK: Wiley-Blackwell.
- Klopčič Spevak M., 2000. Elektroterapija in magnetoterapija. In: Zbornik predavanj: Medicinska rehabilitacija v slovenskih naravnih zdraviliščih, Terme Čatež, 15. in 16. december 2000. Celje: Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, pp. 86–93.
- Kosi J H., 2000. Zdravljenje z akupunkturo. In: Zbornik predavanj: Medicinska rehabilitacija v slovenskih naravnih zdraviliščih, Terme Čatež, 15. in 16. december 2000. Celje: Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, pp. 71–9.
- Koenig, H. G., 2003. *Chronic Pain: Biomedica and Spiritual Approaches*. New York: The Haworth Pastoral Press.
- Lahajnar Čavlovič S., Krčevski Škvarč N., Stepanovič A., Tavčar P., 2015. Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine.
- McNamara MT., 2015. Bioptron polarizirana svetlobna terapija v klinični medicini: trenutno stanje in bodoče perspektive. In: 2. simpozij slovenskega združenja za fotomedicino in fotobiologijo: »Svetlobna terapija v medicini«, Ljubljana, 3. oktober 2015. Ljubljana: Slovensko združenje za fotomedicino in fotobiologijo, pp. 5–10.
- McCracken, L. M., 2012. Psychological Management of Chronic Pain and Comorbidities. In: Giamberardino, M. A., Jensen, T. S. (eds.), *Pain Comorbidities: understanding and treating the complex patient*. Seattle: IASP Press, pp. 453–466.
- Meh D., Georgiev D., 2012. Vloga fotobiomodulacije pri obvladovanju bolečine. In: 1. simpozij slovenskega združenja za fotomedicino in fotobiologijo: »Svetlobna terapija v medicini – fotobiomodulacija«, Ljubljana, 20. oktober 2012. Ljubljana: Slovensko združenje za fotomedicino in fotobiologijo, pp. 53–8.
- Ogden, J., 2008. Health psychology. In: Naidoo, J., Wills, J. (eds), *Health: an introduction studies*, second edition. New York: Palgrave MacMillan, pp. 147–180.
- Pragnell, J., Neilson, J., 2010. The social and psychological impact of hard-to-heal wounds. *British Journal of Nursing*, 19, pp. 1248–1252.
- Richardson C., Upton D., 2011. Managing pain and stress in wound care. *Wounds UK*; 7 (4), pp. 100–107.
- Rus-Makovec, M., 2010. Vloga psihiatra pri kronični bolečini. *Rehabilitacija*, 9(2), pp. 27–33.
- Salihovič M., 2012. Naše izkušnje z uporabo RF pod kontrolo UZ in RTG pri lažšanju rezistentne bolečine v ledveni hrbtenici. In: Zbornik prispevkov 15. Seminar o bolečini z mednarodno udeležbo, Invazivni postopki zdravljenja bolečine, Maribor, 5. in 6. oktober 2012. Ljubljana: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, pp. 85–6.
- Sarafino, E. P., 2008. *Health psychology: biopsychosocial interactions*. USA: John Wiley & Sons.

- Schillinger, D., Villela, T., Saba, G., 2008. Vulnerable patients. V: M. D. Feldman, J. F. Christensen (ur), Behavioral medicine: a guide for clinical practice, third edition. USA: McGraw Hill, pp. 130–139.
- Stanos SP, Tyburski MD, Harden RN, 2011. Chronic pain. In: RL Braddom (ur.), Physical medicine and rehabilitation, Philadelphia: Elsevier, pp. 935–69.
- Ščavničar E., 2004. Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. Obzor Zdr N; 38 (2), pp. 101–11.
- Triller C., 2008. Bolnik s kronično rano. In: Zbornik predavanj, 3. Konferenca o ranah z mednarodno udeležbo, Kronična rana in bolečina, Portorož, 24. in 25. april 2008. Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške okužbe, Kirurška klinika, Klinični center, pp. 11–2.
- Upton, D., Solowiej, K., Woo, K. Y., 2012. Stress and pain associated with dressing change in patients with chronic wounds. Journal of Wound Care, 21(2), pp. 53–61.
- Upton D., 2014. Psychological aspects of wound care: implications for clinical practice. Journal for Wound Care; 28 (2), pp. 52–57.
- Upton, D., South, F., 2011. The psychological consequences of wounds – a vicious circle that should not be overlooked. Wounds UK, 7(4), pp. 136–138.
- Vintar N., 2015. Akupunktura. In: 18. seminar o bolečini z mednarodno udeležbo, Izbrana poglavja iz lajšanja bolečine: zbornik prispevkov, Ljubljana, 27. in 28. november 2015. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, pp. 73–7.
- Vintar N. in Lopuh M., 2011. Bolečina. In: Košnik, M., et al., eds. Interna medicina. Ljubljana: Littera picta: Slovensko medicinsko društvo, pp. 49–53.



**VENSKÉ GOLENJE RAZJEDE IN VPLIV LE-TEH
NA KAKOVOST ŽIVLJENJA PACIENTOV**

**VENOUS LEG ULCERS AND THE IMPACT
ON QUALITY OF LIFE**

Sebastian Probst,
professor in wound care

EWMA representative

IZVLEČEK

Cilj te prezentacije je predstaviti dejstva o vplivu bolezni venskih golenjih razjed na kakovost življenja pacientov s to diagnozo.

ABSTRACT

The aim of this presentation is to illustrate the evidence surrounding the effect of venous leg ulcers (VLU) on patients' quality of life (QoL).

UVOD

Venske golenje razjede so težko ozdravljive rane, ki jih povzroča kronična venska insuficienca (Persoon et al., 2004). Kronična venska insuficienca je vrsta periferne vaskularne bolezni, ki se pojavi zaradi blokad v venskem sistemu ali okvarjenega venskega ventila, kar pelje do edema, venske hipertenzije, vnetja kože in na koncu do venoznih razjed (Heinen, van Achterberg, op Reimer, van de Kerkhof, & de Laat, 2004). Epidemiološki podatki iz razvitih držav kažejo, da je pogostost bolezni venskih golenjih razjed med prebivalstvom na splošno 1 %, medtem ko je med prebivalci, starejšimi od 80 let, prizadetih 3 % populacije (Posnett, Gottrup, Lundgren, & Saal, 2009).

60 % vseh težko ozdravljivih bolezni pripisujemo bolezni venskih golenjih razjed in 40 % drugim vrstam ran, kot so razjede na stopalih zaradi pritiska ali kot posledica diabetesa (Graham, Harrison, Nelson, Lorimer, & Fisher, 2003). Čas okrevanja le-teh je dolg, saj traja zdravljenje pri 60 % teh bolezni do 6 mesecev, 33 % pa do enega leta. Pri 7 % te rane nikoli ne zacelijo (Harrison, Graham, Friedberg, Lorimer, & Vandeveld, 2001). Pri do 70 % pacientih z boleznijo venskih golenjih razjed se bolezen v roku treh mesecev po zaprtju rane ponovi (Abbade, Lastoria, de Almeida Rollo, & Stolf, 2005; Finlayson, Wu, & Edwards, 2015; McDaniel et al., 2002). Bolezen venskih golenjih razjed pogosto spremlja paciente vse življenje (Saha, Whayne, & Mukherjee, 2011). Posledično so te kronične rane pacientom v breme in lahko vplivajo na njihovo duševnost in kakovost njihovega življenja. Kakovost življenja pacientov s kroničnimi razjedami nog lahko poslabša kompleksen skupek fizičnih, psiholoških in socialnih vidikov (Gonzalez-Consuegra & Verdu, 2011; Green, Jester, McKinley, & Pooler, 2014). Fizični vidik so simptomi, ki se pojavijo zaradi razjed, kot so bolečina, vonj rane ali izcedek (Phillips et al., 2017), komplikacije zaradi bolezni, zmanjšana mobilnost ali način zdravljenja, kot je kompresijsko zdravljenje (Persoon et al., 2004). Psihološki vidiki so opisani kot slabše psihološko počutje, predvsem so mišljeni občutki nizke samozavesti ali frustracije (Heinen et al., 2004). Samoiniciativna družbena izolacija, bodisi kot oblika obvarovanja pred še večjo škodo ali pa kot omejitev izpostavljenosti drugim, izčrpavajoči simptomi razjed ali ekonomski vpliv bolezni venskih golenjih razjed na življenja pacientov pa so primeri opisanih socialnih vidikov (Kapp & Santamaria, 2017).

ZAKLJUČEK

Na koncu lahko rečemo, da ima bolezen venskih golenjih razjed fizični, psihološki in socialni vpliv na življenja pacientov in njihovih sorodnikov.

LITERATURA

- Abbade, L. P., Lastoria, S., de Almeida Rollo, H., & Stolf, H. O. (2005). A sociodemographic, clinical study of patients with venous ulcer. *Int J Dermatol*, 44 (12), 989-992. doi:10.1111/j.1365-4632.2004.02276.x.
- Finlayson, K., Wu, M. L., & Edwards, H. E. (2015). Identifying risk factors and protective factors for venous leg ulcer recurrence using a theoretical approach: A longitudinal study. *Int J Nurs Stud*. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.02.016.
- Gonzalez-Consuegra, R. V., & Verdu, J. (2011). Quality of life in people with venous leg ulcers: an integrative review. *J Adv Nurs*, 67(5), 926-944. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05568.x
- Graham, I. D., Harrison, M. B., Nelson, E. A., Lorimer, K., & Fisher, A. (2003). Prevalence of lower-limb ulceration: a systematic review of prevalence studies. *Adv Skin Wound Care*, 16(6), 305-316.
- Green, J., Jester, R., McKinley, R., & Pooler, A. (2014). The impact of chronic venous leg ulcers: a systematic review. *J Wound Care*, 23(12), 601-612. doi:10.12968/jowc.2014.23.12.601
- Harrison, M. B., Graham, I. D., Friedberg, E., Lorimer, K., & Vandeveld, C. S. (2001). Assessing the population with leg and foot ulcers. *Canadian Nurse*, 97, 18-23.
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., op Reimer, W. S., van de Kerkhof, P. C., & de Laat. E. (2004). Venous leg ulcer patients: a review of the literature on lifestyle and pain-related interventions. *J Clin Nurs*, 13(3), 355-366.
- Kapp, S., & Santamaria, N. (2017). The financial and quality-of-life cost to patients living with a chronic wound in the community. *Int Wound J*, 14(6), 1108-1119. doi:10.1111/iwj.12767.
- McDaniel, H. B., Marston, W. A., Farber, M. A., Mendes, R. R., Owens, L. V., Young, M. L., . . . Keagy, B. A. (2002). Recurrence of chronic venous ulcers on the basis of clinical, etiologic, anatomic, and pathophysiologic criteria and air plethysmography. *J Vasc Surg*, 35(4), 723-728.
- Persoon, A., Heinen, M. M., van der Vleuten, C. J., de Rooij, M. J., van de Kerkhof, P. C., & van Achterberg, T. (2004). Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *J Clin Nurs*, 13(3), 341-354.
- Phillips, P., Lumley, E., Duncan, R., Aber, A., Woods, H. B., Jones, G. L., & Michaels, J. (2017). A systematic review of qualitative research into people's experiences of living with venous leg ulcers. *J Adv Nurs*. doi:10.1111/jan.13465
- Posnett, J., Gottrup, F., Lundgren, H., & Saal, G. (2009). The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *J Wound Care*, 18(4), 154-161. doi:10.12968/jowc.2009.18.4.41607
- Saha, S. P., Whayne, T. F., Jr., & Mukherjee, D. P. (2011). Current management of peripheral vascular disease: where is the evidence? *Cardiovasc Hematol Agents Med Chem*, 9 (2), 128-136.



RANE, KI NE CELIJO

NON HEALING WOUNDS

prim. Tanja Planinšek Ručigaj,
dr.med., svetnica

Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana
t.rucigaj@gmail.com

IZVLEČEK

Dejavnikov, ki privedejo do kronične rane, je veliko. Kadar jih ne odstranimo, takšna rana ne bo ali pa bo le počasi celila. Na razpolago imamo več različnih terapij, ki prekinejo začaran krog ne celjenja. Seveda pa bodo učinkovite le, če bomo pravilno postavili diagnozo rane, pravočasno prepoznali zastoj v celjenju in dejavnike, ki ga povzročajo, ter upoštevali indikacije in kontraindikacije za izbor dodatnih terapij.

Ključne besede: **kronična rana, neceljenje, dodatne terapije.**

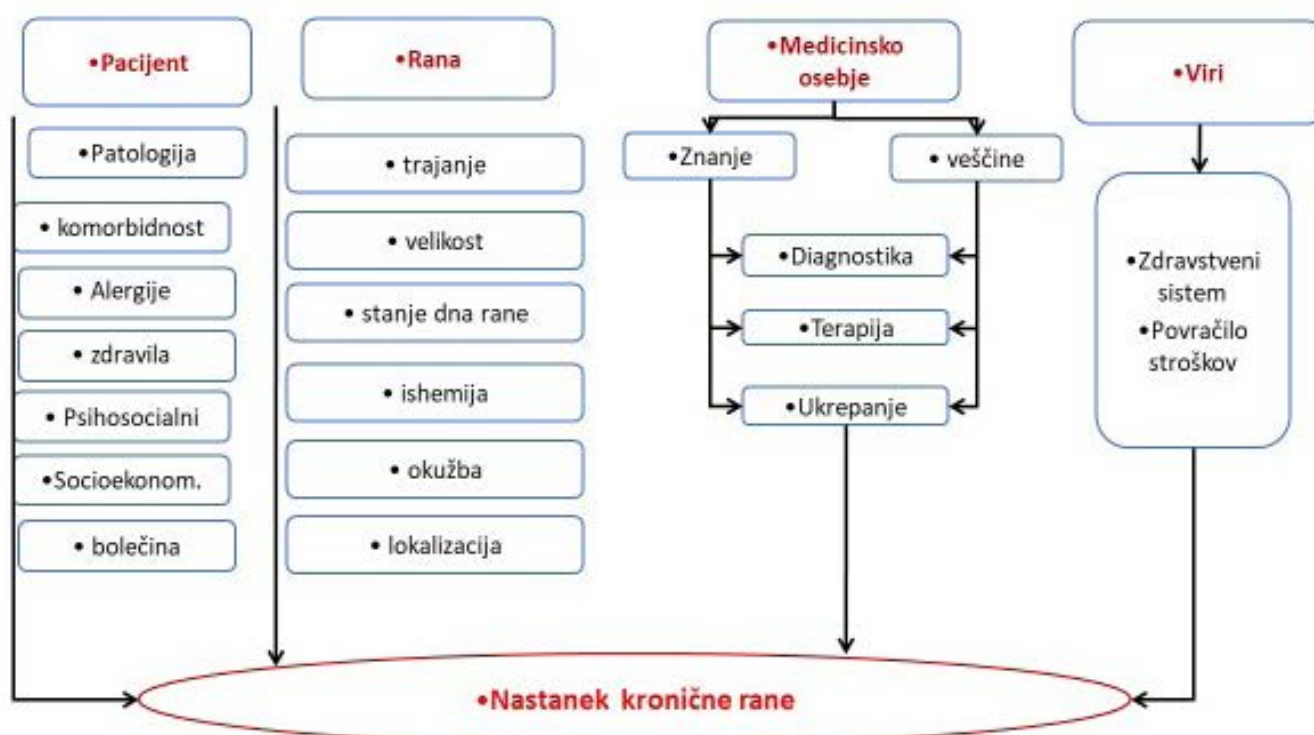
ABSTRACT

There are lots of influencing factors leading to chronic wound. Until we don't remove them, wound fail to progress or it heals very slowly. We can use different treatments that can interrupt nonhealing circle. They can only be effective if they are based on correct diagnose of wound and recognising factors that are causing delay. We must take in account indications and contraindications at making decision of treatment.

Key words: **chronic wound, non healing, additional treatments.**

UVOD

Osnovno zdravljenje kroničnih ran obsega poleg lokalnega zdravljenja s sodobnimi oblogami predvsem etiološko zdravljenje posamezne vrste kronične rane, pri čemer pa moramo poznati vzroke za nastanek le-te. Ne samo dejavniki na strani pacienta, pač pa tudi mnogo širši (kot so znanje in veščine, finančne možnosti in drugo) vplivajo na celjenje razjede. Evropska organizacija za zdravljenje ran (EWMA) je že pred leti jasno definirala dejavnike, ki privedejo do kronične rane (Slika 6)



Slika 6: Dejavniki, ki privedejo do kronične rane.

Pri venski golenji razjedi kompresijsko zdravljenje, zdravljenje z veno toniki in ablacija obolele vene predstavlja etiološko zdravljenje. Pri ranah na diabetičnem stopalu moramo poleg uravnavanja krvnega sladkorja dodatno poskrbeti za razbremenitve in dobro prekrvavitev tkiva. Podobno je pri razjedah zaradi pritiska oziroma pri ishemičnih razjedah, kjer pri prvih poleg številnih drugih ukrepov najprej poskrbimo za razbremenjevanje pritiska, pri drugih pa za revaskularizacijo tkiva. Specifične dermatološke rane zahtevajo specifično zdravljenje (največkrat steroidno terapijo) (Slika 7, Slika 8).

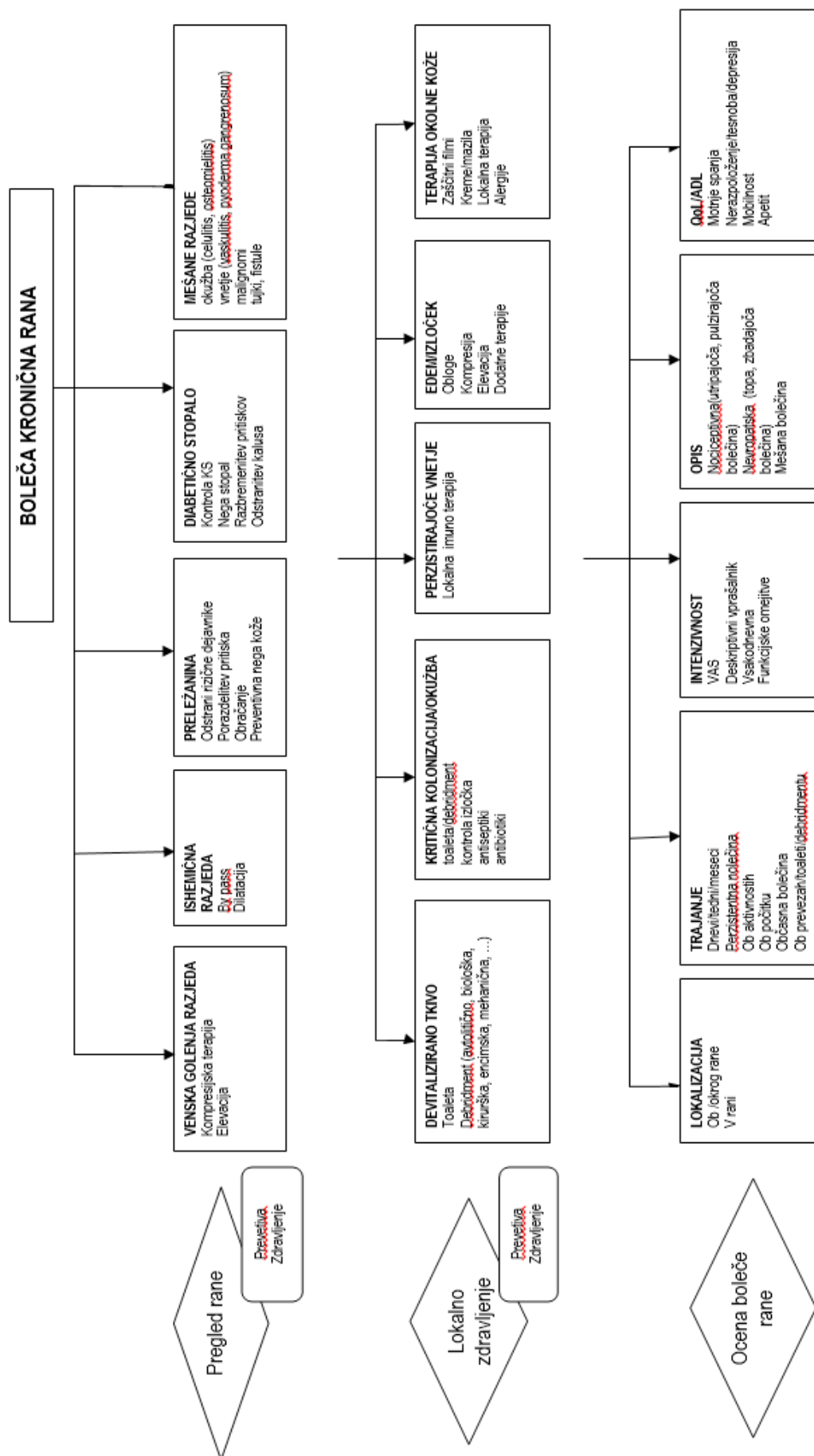
	•Specifični problemi	•Specifična terapija
•Diabetično stopalo	•Supresija imunskega sistema •Ateroskleroza (↓ prekrvavitev in O ₂)	•Zdravljenje sladkorne bolezni •Razbremenitve •Revaskularizacija
•Venska razjeda	•Kronični edem ob insuficienci venskega sistema •Bolečine	•Kompresija
•Ishemični ulkus	•Ateroskleroza (↓ prekrvavitev in O ₂)	•Revaskularizacija
•Razjeda zaradi pritiska	•Nepokretni bolniki •Malnutricija	•Razbremenitev •Adekvatna prehrana
•Travma	•Okužba	•Terapija okužbe •Operativna terapija
•Opekline	•Okužba •Dehidracija •Bolečine	•Terapija okužbe •Rehidracija

Slika 7

	•Specifični problemi	•Specifična terapija
•Vaskulitis	•Spremembe v imunskem sistemu	•Steroidna terapija
•Pyoderma gangrenosum	•Spremembe v imunskem sistemu	•Steroidna terapija
•Arterijski ulkus	•Ateroskleroza •(↓ vaskularizacija in O ₂)	•Revaskularizacija
•Rane pri limfedemih	•Kronični edem •Okužba	•kompresija
•Artefakti	•Psihične spremembe	•Psihoterapija
•Bulozne dermatoze	•Spremembe v imunskem sistemu	•Steroidna terapija

Slika 8

Po podatkih iz literature nekomPLICIRANA venska razjeda zaceli v 12 tednih v 30-75 %. Napovedni dejavnik za celjenje je njeno celjenje v prvih 3-4 tednih. Tudi pri drugih kroničnih ranah je podobno. Razjede bodo slabo celile, če so boleče, saj v tem primeru bolniki zavračajo ali nezadostno izvajajo predpisano terapijo. Poleg bolečine, ki se pogosto pojavi ob prevezah, pa so za bolečine različnih vrst ran različni vzroki, ki jih moramo prepoznati in odstraniti (Slika 9).



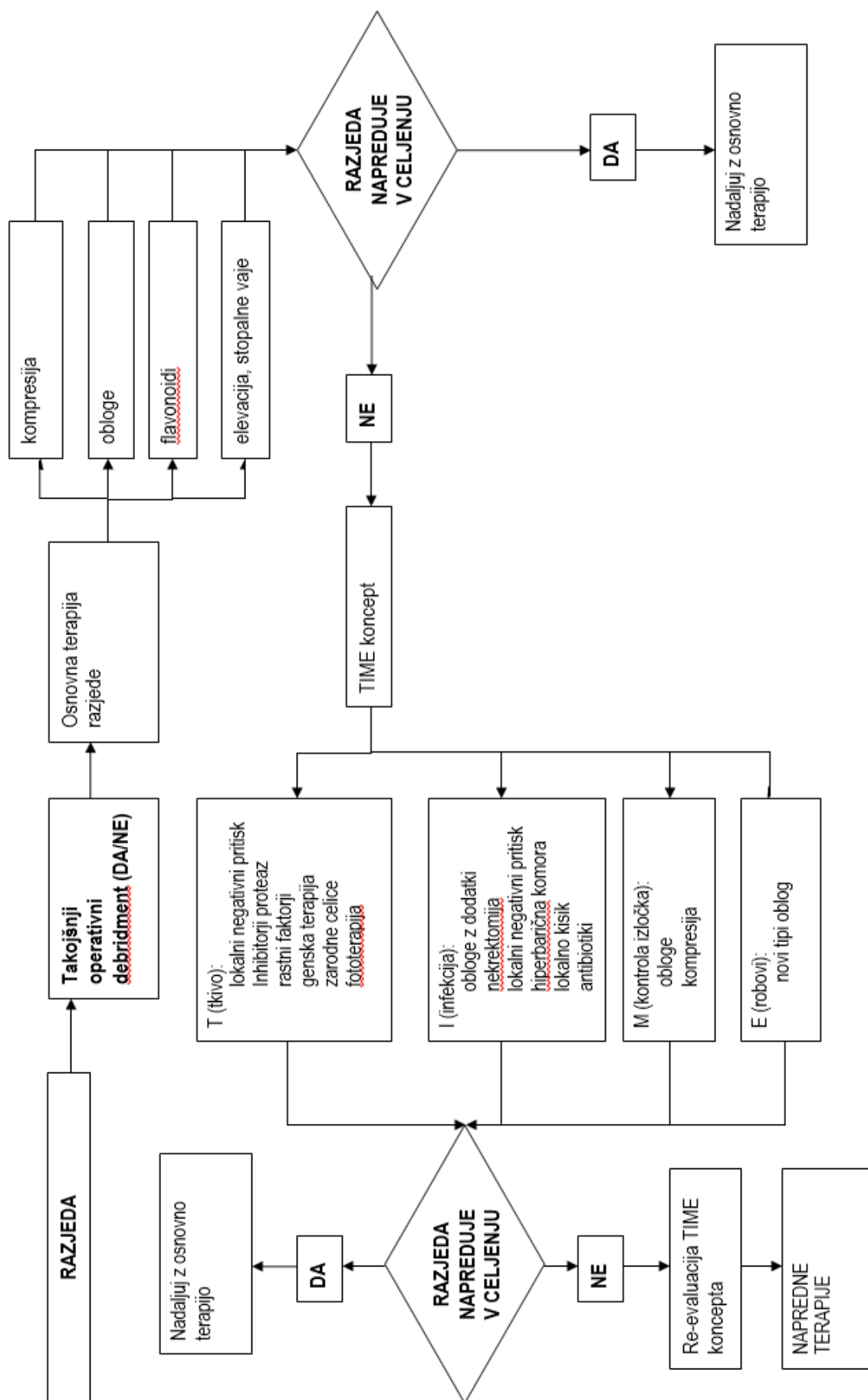
Slika 9

Poleg slabe prekrvavitve je eden najpogostejših vzrokov za bolečino in posledično slabo celjenje okužba. Prepoznati moramo takšne rane in seveda okužbo tudi zdraviti (Slika 10). Kadar so prisotni znaki sistemske okužbe, bolnik seveda v prvi vrsti potrebuje sistemsko antibiotično zdravljenje ob lokalnih antiseptikih. Za lokalno okužbo pa zadostuje le aplikacija lokalnih antiseptikov. Večje težave nam povzroča prepoznavanje in zdravljenje kritične kolonizacije, kjer se individualno odločamo, kdaj bo potrebno uvesti sistemski antibiotik v zdravljenje.

1. pridobljene imunosupresivne bolezni (DM,...)	☐
sistemske hematološke bolezni	☐
tumorji (solidni)	☐
sistemska imunosupresivna terapija (<u>ciklosporin</u> , <u>methotrexat</u> , steroidi,	☐
<u>pooperativne</u> motnje celjenja rane	☐
Problematična higiena	☐
Potencialno okužene razjede zaradi lokalizacije (<u>perinej</u> , genitalije)	☐
Starost nad 80.let	☐
Mlajši bolniki (nedonošenčki, dojenčki, otroci)	☐
Trajanje rane več kot 1 leto	☐
Večja rana kot 10 cm ²	☐
Globlja rana kot 1,5 cm	☐
Hospitalizacija daljša kot tri tedne	☐
2. Hujša pridobljena imunska deficienca (HIV, ...)	☐
Hudo kontaminirana akutna rana	☐
Vbodna, strelna rana, ugriz (globine med 1,5-3,5 cm)	☐
3. Opekline večja kot 15% površine	☐
Hujši kongenitalni imunska deficienca (<u>agamaglobulinemija</u> , ...)	☐
Rane z neposredno povezanostjo z drugimi sistemi (sklepi, ...)	☐
Vbodna, strelna rana, ugriz (globine več kot 3,5 cm)	☐

SEŠTEVEK VEČ KOT 3 TOČKE (VSAK ODGOVOR 1 TOČKA) PREDSTAVLJA MOČNOST OKUŽBE,
ZATO JE POTREBNO UVESTI OBLOGE Z ANTISEPTIKOM

Slika 10



Slika 11

DODATNA ZDRAVLJENJA

Poleg pravilne izbire obloge za zdravljenje in oskrbo kronične rane imamo na razpolago še dodatne postopke, ki pospešijo celjenje le-te. Ti postopki so:

- klasični in endovenski posegi na venah (skleroterapija s peno, radiofrekvenčna in laserska ablacija ter mehanokemična ablacija ter endovensko zapiranje vene s paro oziroma lepilom),
- priprava dna razjede z različnimi vrstami debridmenta (kirurško, biološko, encimsko, avtolitično z oblogami, z negativnim lokaliziranim podtlakom, mehansko, ultrazvočno, ostro) in kritje s kožnimi nadomestki, režnji različnih debelin in novejša, kjer otočke delne debeline kože pridobimo z negativnim podtlakom in jih s pomočjo lepljive obloge pritrdimo na razjedo in gensko terapijo, največkrat s kultiviranimi keratinociti in uporabo rastnih faktorjev iz trombocitov,
- ultrazvočna in nizkofrekvenčna laserska biostimulacija ter biostimulacija s svetlobo ter električna biostimulacija,
- hiperbarični kisik sistemsko oziroma lokalno dovajan kisik pod povečanim tlakom ali s transdermalno izmenjavo, lahko pa tudi v obliki karboniliranega hemoglobina,
- prehrambeni dodatki.

Pri kronični razjedi, ki ne celi, se takoj odločimo za eventualno odstranitev debrisa (z različnimi postopki), nato pa glede na etiologijo izberemo osnovno terapijo razjede. Če celjenje ne napreduje v 4-6 tednih, preverimo pravilnost postavljene diagnoze in nadaljujemo z enim od postopkov TIME koncepta (ki ga je že pred leti izdelala EWMA). Po 4-6 tednih ponovno evalviramo napredek v celjenju in nadaljujemo z osnovno terapijo kot na začetku, če razjeda celi, oziroma izberemo dodatne postopke, kadar temu ni tako (Slika 11).

ZAKLJUČEK

Vse dodatne opisane terapije lahko pospešijo celjenje kroničnih ran, če jih pravilno uporabljamo. Dodatni postopki pri kroničnih ranah se delijo v postopke za pripravo oziroma izčiščenje dna rane ter postopke za stimulacijo celjenja. Zavedati se moramo, da bo uspeh terapije oziroma celjenje kroničnih ran tem boljše, čim prej po nastanku rane bomo uvedli pravilni način zdravljenja, ki mora biti prvenstveno etiološki. Prav tako pa ne smemo zavlačevati z uporabo dodatnih postopkov ob ne celjenju ran.

Slike so povzete po EWMA pozicijskih dokumentih.

LITERATURA

1. EWMA pozicijski dokumenti



ČIŠČENJE KRONIČNIH/KOMPLEKSNIH RAN S TEKOČO PITNO VODO

CLEANSING CHRONIC/COMPLEX WOUNDS WITH TAP WATER

Rasima Koštić,
dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana,
Klinika za otorinolaringologijo
incervikofacialno kirurgijo
rasimakostic1@gmail.com

pred. Bernarda Djekić,
viš. med. ses., univ. dipl. org.

Univerza v Ljubljani,
Zdravstvena fakulteta
bernarda.djekic@zf.uni-lj.si

IZVLEČEK

Celjenje kroničnih/kompleksnih ran je odvisno od več dejavnikov. Razvoj novih spoznanj o spodbujanju celjenja rane z ustrezno pripravo dna rane je spodbudil tudi razmišljanje o najbolj ustreznem načinu čiščenja rane ter izbiri najustreznejše tekočine za čiščenje. Namen prispevka je na podlagi pregleda in analize strokovne in znanstvene literature predstaviti čiščenje kroničnih/kompleksnih ran s tekočo pitno vodo in ugotoviti njeno varnost in učinkovitost. Analiza literature je pokazala, da čiščenje kroničnih/kompleksnih ran s tekočo pitno vodo ne poveča mikrobne obremenitve ran ter da statistično ni pomembnih razlik v procesu celjenja ran pri čiščenju s tekočo pitno vodo v primerjavi s čiščenjem s fiziološko raztopino. Ker je število dokazov premajhno, rezultatov ni mogoče posplošiti na vse kronične/kompleksne rane. V prihodnje bi bilo pri pacientih z različnimi skupinami kroničnih/kompleksnih ran potrebno izvesti kakovostne klinične raziskave o ustreznosti uporabe tekoče pitne vode pri njihovem čiščenju.

Ključne besede: **mikrobna obremenitev ran, celjenje ran, varnost, učinkovitost.**

ABSTRACT

There are several factors that affect the healing process in the case of chronic/complex wounds. In light of new knowledge in regards to the wound bed preparations, there has been a debate about the most suitable techniques for cleaning those kinds of wounds as well as the liquid to be used. The purpose of this paper is to present the use of tap water for cleaning the chronic/complex wounds on the basis of a review and analysis of professional and scientific literature and to determine whether its use is safe and effective. The analysis of the literature has shown that cleaning of those wounds with tap water does not increase the bacterial load and that there are no statistically significant differences in the process of healing when using tap water in comparison to normal saline solution. Since the number of evidence is not yet large enough, the results of the analysis cannot be generalised to all chronic/complex wounds. In the future, a quality clinical research on suitability of the use of tap water on a group of patients with different chronic/complex wounds should be conducted.

Key words: **exposure to microbes, wound healing, safety, effectiveness.**

UVOD

O rani govorimo, ko gre za prekinitev integritete kože in tkiv pod njo. Nastane zaradi delovanja mehanskih, kemičnih ali bioloških dejavnikov, pri čemer so zaščitne funkcije kože in globljih tkiv prekinjene (Ciringer, Smrke 2012; Kohek 2011). V večini primerov se rane celijo brez zapletov s približanimi robovi, nekatere rane pa imajo robove razprte in celjenje poteka z dna rane. Take rane običajno poimenujemo kronične ali kompleksne rane (Chamanga 2015; Hall et al. 2014). Hall in sodelavci (2014) kompleksne rane definirajo kot rane s povrhnjo, delno ali popolno izgubo kože, ki se celijo sekundarno. Ferreira in sodelavci (2006) dodajajo, da termin kronična rana označuje zgolj čas celjenja rane, izraz kompleksne rane pa izpostavi tudi kompleksnost kriterijev za njihovo prepoznavo ter izzive, ki jih proces celjenja takih ran predstavlja za zdravstvene delavce. V to skupino ran razvrščajo: razjede na diabetični nogi, razjede zaradi pritiska, venske golenje razjede, obsežne nekroze, rane pri pacientih z avtoimunimi obolenji in imunosupresivno terapijo ter opekline. Navajajo, da je v teh primerih potrebna interdisciplinarna in celostna obravnava pacienta.

Celjenje kroničnih/kompleksnih ran je v veliki meri odvisno od kakovostne oskrbe rane, v katero spada

tudi čiščenje rane. Loyd – Jones (2012) navaja, da se čiščenje ran izvaja že stoletja z namenom, da bi se ustvarilo optimalno okolje, v katerem se spodbuja proces njihovega celjenja. Razvoj novih spoznanj s področja procesov, ki spodbujajo celjenje rane, je spodbudil tudi razmišljanje o najbolj ustreznem načinu čiščenja rane z izbiro najustreznejše tekočine za spiranje rane.

Čiščenje ran je sporna tema že več let. Za čiščenje ran se priporočajo različne raztopine, kot so voda iz pipe, prekuhana voda, destilirana voda, sterilna fiziološka raztopina, povidon jodid idr. (Ljubič 2013). Kljub temu, da je v Sloveniji uporaba tekočin za čiščenje ran dokaj poenotena, še vedno zasledimo razhajanja (Djekić 2008). Namen prispevka je predstaviti čiščenje kroničnih/kompleksnih ran s tekočo pitno vodo in s pregledom literature ugotoviti varnost in učinkovitost njene uporabe v primerjavi s katerokoli drugo raztopino.

Čiščenje ran in izbira ustrezne tekočine za spiranje

Rüttermann in sodelavci (2013) čiščenje ran definirajo kot odstranjevanje mrtvega tkiva, nekroze in ostankov materialov do anatomsko intaktnih struktur z ohranjenim granulacijskim tkivom. Avtorji navajajo, da se na ta način odstranijo elementi, ki ovirajo proces celjenja ran.

Nekateri strokovnjaki so prepričani, da s procesom čiščenja ran zmanjšujejo nevarnost okužbe ran, v kliničnih krogih pa obstaja razprava o morebitnih prednostih in slabostih čiščenja ran, saj lahko izcedek vsebuje rastne faktorje, ki prispevajo k celjenju ran in zaradi tega čiščenje ni vedno potrebno (Queirós et al. 2013). Pri kroničnih/kompleksnih ranah, kjer lahko pride do večjega števila bakterij v rani, je pomembno, da se zmanjševanje kolonizacije opravlja s čiščenjem ran ter z ustrežno obliko debridmenta (Edwards – Jones et al. 2015).

Želene lastnosti tekočine za izpiranje so: ne sme biti toksična za človeško tkivo, zmanjšuje število mikroorganizmov v rani, ne povzroča reakcij, je učinkovita tudi ob prisotnosti organskega materiala, je splošno sprejemljiva in dostopna ter stroškovno učinkovita (Santos et al. 2016; McLain, Moore 2015; Queirós et al. 2013; Loyd – Jones 2012).

V večini zahodnih in vzhodnih držav se za čiščenje ran uporablja sterilna fiziološka raztopina, zaradi podobnih lastnosti, kot jih ima znotrajcelična tekočina, ter zaradi ustreznega osmotskega pritiska (Chan et al. 2016). Fiziološka raztopina je bila sprejeta kot idealna rešitev za čiščenje ran (Santos et al. 2016; Bee et al 2009), saj je izotonična in ne ovira normalnega procesa celjenja, ne povzroča poškodb tkiva, ne povzroča preobčutljivosti ali alergije in ne spremeni normalne bakterijske flore na koži, kar bi lahko omogočilo rast bolj virulentnih mikroorganizmov (Santos et al. 2016; Queirós et al 2013; Fernandez, Griffiths 2012).

Po drugi strani pa je tudi tekoča pitna voda priporočljiva in učinkovita rešitev, saj ima določene prednosti, kot so stroškovna učinkovitost in lahka dostopnost (Santos et al. 2016; Queirós et al. 2013; Ljubič 2013). Voda se v oskrbi ran uporablja že stoletja brez zapletov in večina ljudi tekočo pitno vodo za čiščenja ran uporablja v domačem okolju; obstajata pa dva pomisleka, in sicer tveganje za okužbo in dejstvo, da ni izotonična raztopina (Magson – Roberts 2006).

Pregled literature o čiščenju ran s tekočo pitno vodo

Pri pregledu literature s področja čiščenja ran s tekočo pitno vodo v primerjavi s katerokoli drugo raztopino smo pridobili štiri sistematične preglede literature, ki so vključevali od 3 do 11 primarnih študij. V vse štiri preglede je bilo skupno vključenih 26 študij, ki so se v večini primerov v posameznih pregledih ponavljale.

Primarne študije so vključevale od 35 do 817 preiskovancev. Pri natančnem pregledu vključenih primarnih študij smo ugotovili, da vsi dostopni in pregledani sistematični pregledi vključujejo isto študijo s področja kroničnih/kompleksnih ran, in sicer študijo Griffiths in sodelavcev (2001), vse druge primarne študije so raziskovale na področju akutnih ran.

V analizo dveh sistematičnih pregledov literature (Fernandez, Griffiths 2012; Bee et al. 2009) so bile vključene randomizirane in kvazi randomizirane kontrolirane študije, s tem da so Bee in sodelavci (2009) vključili še sistematične preglede literature. Moore in Cowman (2013) sta vključili samo randomizirane kontrolirane študije, medtem ko so Santos in sodelavci (2016) v pregled vključili vse objavljene in neobjavljene študije, vendar so na koncu v analizo vključili samo randomizirane kontrolirane študije.

Moore in Cowman (2013) sta raziskovali več dilem s področja čiščenja ran. Vodo sta vključili le, če so jo v študijah primerjali s kakšno drugo raztopino. Fernandez in Griffiths (2012) sta podobno vključila študije z različnimi opazovanimi in primerjanimi intervencijami, vključno s primerjavo čiščenja ran s tekočo pitno vodo in sterilno fiziološko raztopino. Ugotavljali so tudi varnost in učinkovitost drugih tekočin za spiranje ran. Bee in sodelavci (2009) so kot opazovano in primerjano intervencijo navedli čiščenje ran s tekočo pitno vodo in sterilno fiziološko raztopino ter primerjavo tehnik čiščenja, in sicer primerjavo irigacije ran z brisanjem. Santos in sodelavci (2016) niso opisali, katere vrste opazovanih in primerjanih intervencij so vključili v sistematični pregled literature.

Opazovani izidi, ki so jih izpostavili v posameznih primarnih raziskavah, so bili različni. Moore in Cowman (2013) sta kot primarni izid opazovali stopnjo zaceljenosti v določenem časovnem obdobju, sekundarni opazovani izid je bil oceniti pojavnost bolečine pri različnih načinih čiščenja rane. Fernandez in Griffiths (2012) sta kot primarni opazovani izid opazovala pojav okužbe ran; sekundarni opazovani izidi so bili: koliko ran se je zacelilo, stopnja celjenja, bolečina in neudobje, zadovoljstvo pacientov in zadovoljstvo osebja. Podobno so pojav okužbe in stopnjo celjenja kot opazovani izid navedli tudi Santos in sodelavci (2016) ter Bee in sodelavci (2009).

Fernandez in Griffiths (2012) sta ugotovila, da uporaba tekoče pitne vode za čiščenje ran ni škodljiva ter da so nekatere študije poročale o zmanjšanem številu okužb pri ranah, ki so bile očiščene s tekočo pitno vodo v primerjavi s čiščenjem s fiziološko raztopino. Ugotovila sta tudi, da ni statistično pomembnih razlik v procesu celjenja ran. Moore in Cowman (2013) ugotavljata, da je število pacientov, pri katerih je bilo opravljeno čiščenje s tekočo pitno vodo, premajhno, da bi karkoli sklepali. Bee in sodelavci (2009) poročajo, da študije niso pokazale statistično pomembne razlike v porastu bakterijske obremenitve ran pri obeh načinih čiščenja ran. Poročajo tudi, da v ranah niso našli mikroorganizmov iz tekoče pitne vode. Santos in sodelavci (2016) podobno niso ugotovili statistično pomembnih razlik v procesu celjenja in stopnji okužbe ran pri obeh načinih čiščenja.

Pregled novjših kliničnih študij o čiščenju kompleksnih ran s tekočo pitno vodo

Učinkovitost in varnost tekoče pitne vode za čiščenje kroničnih/kompleksnih ran smo želeli ugotoviti tudi z analizo literature, ki je nastala na podlagi kliničnih raziskav, ki še niso bile vključene v prej predstavljene sistematične preglede literature. Pridobili smo samo dve randomizirani kontrolirani študiji (Chan et al. 2016; Resende et al. 2015). Analizirana je bila tudi edina študija s področja kroničnih/kompleksnih ran, ki je bila vključena v sistematične preglede literature (Griffiths et al. 2001). V analiziranih študijah je prepoznana velika heterogenost pri izbiri vrste opazovane kronične/kompleksne rane, enako tudi pri izbiri načina čiščenja in kontroli bakteriološke neoporečnosti tekoče vode, ki so jo uporabili v eksperimentalnih skupinah. Pričakovani primarni izid (povečana mikrobna obremenitev rane) so ocenjevali z različnimi

kriteriji za potrditev kolonizacije in okužbe rane. Tudi stopnja celjenja rane je bila različno ocenjevana. Posploševanje dobljenih rezultatov zato ni možno.

Vse tri študije so kot populacijo obravnavale paciente starejše od 18 let, z akutnimi in kroničnimi/kompleksnimi ranami različne etiologije. Resende in sodelavci (2015) so izključili paciente z ranami, ki so segale globlje od podkožja. Podobno so Chan in sodelavci (2016) ter Griffiths in sodelavci (2001) izključili paciente, ki so imeli globoke rane. Vsi rezultati se tako nanašajo na rane, ki zajemajo kožo in podkožje do mišičnih ovojnic. Etiologija ran je bila zelo različna. Vse študije vključujejo akutne in kronične/kompleksne rane. Raziskovalci niso naredili dodatne analize samo za kronične/kompleksne rane. Pri vseh študijah so izključili paciente z zelo oslabljenim imunskim sistemom, kjer bi lahko pričakovali večji porast okužb. V dveh študijah (Resende et al. 2015, Griffiths et al. 2001) so izključili paciente z okuženimi ranami, medtem ko Chan in sodelavci (2016) navajajo, da so izključili paciente, pri katerih se uporablja za čiščenje ran poseben protokol npr. z uporabo oblog, ki vsebujejo srebro, iz česar je možno sklepati, da so bile te rane okužene. Dissemond in sodelavci (2014) namreč navajajo, da se srebro uporablja predvsem pri okuženih ranah. Griffiths in sodelavci (2001) so izključili paciente, ki so jemali antibiotike, v ostalih dveh študijah tega izključitvenega kriterija niso navedli.

Chan in sodelavci (2016) ter Griffiths in sodelavci (2001) so kot opazovano (eksperimentalno) intervencijo navedli čiščenje rane s tekočo pitno vodo ter kot primerjalno (kontrolno) intervencijo čiščenje s sterilno fiziološko raztopino. Resende in sodelavci (2015) niso natančno opredelili, katera skupina je eksperimentalna, katera pa kontrolna. Intervencije so opredelili kot irigacija ran s tekočo pitno vodo ali s sterilno fiziološko raztopino. Opazovane intervencije so se razlikovale v načinu čiščenja rane. Chan in sodelavci (2016) so za čiščenje ran uporabili standardno tehniko brisanja z uporabo sterilnih tamponov, namočenih z raztopino za čiščenje, pri čemer so porabili 100 ml raztopine, medtem ko so Griffiths in sodelavci (2001) čiščenje ran opravili z irigacijo, pri čemer so uporabili 30 ml brizgo in 20 G kanilo; prav tako so uporabili 100 ml raztopine. Resende in sodelavci (2015) so raziskovali mikrobnno obremenitev ran pred in po irigaciji, s standardizirano tehniko irigacije, s tem, da je 250 ml raztopine prosto teklo, po principu gravitacije. Načini čiščenja v eksperimentalni in kontrolni skupini so bili v vseh študijah enaki, zato je bila zagotovljena homogenost obeh skupin. Opazovani izidi so bili predstavljeni v vseh študijah. Chan in sodelavci (2016) ter Griffiths in sodelavci (2001) so podobno raziskovali pojav okužbe in celjenje ran, Resende in sodelavci (2015) pa samo mikrobnno obremenitev ran pred in po irigaciji.

Trajanje opazovanja in opazovani izidi so bili v posameznih študijah različni. Chan in sodelavci (2016) ter Griffiths in sodelavci (2001) so paciente spremljali v 6-tedenskem obdobju. Na začetku raziskave so izvedli standardizirano oceno rane z določanjem površine in globine rane, na koncu pa so na enak način ocenili pojav zacelitve oz. zmanjšanja površine in globine rane ter pojav okužbe ran. Resende in sodelavci (2015) so pri posameznih pacientih, ki so izpolnjevali vključitvene kriterije, izvedli enkratni odvzem brisov rane pred in po čiščenju rane. V časovnem obdobju petih mesecev so tako pridobili 240 brisov ran; niso spremljali poteka celjenja rane, niti spreminjanja mikrobnne obremenitve rane. Primerjali so samo razliko v zmanjšanju števila bakterijskih kolonij po enkratnem čiščenju rane pri obeh tekočinah za čiščenje ran, zato na podlagi te raziskave ni možno potrditi, da je voda varna za daljše časovno obdobje oskrbe rane. Avtorji navajajo, da so v preteklosti podobne raziskave že izvajali na živalih. Navajajo tudi podobno klinično raziskavo iz leta 2002, kjer je bilo vključenih 46 preiskovancev z raztrganinami in v kateri so enako ugotovili, da ni bilo statistično pomembne razlike v številu bakterij pred in po izpiranju z eno ali drugo tekočino.

Griffiths in sodelavci (2001) poročajo, da so se med raziskavo okužile tri rane, ki so jih čistili s fiziološko raztopino in nobena iz skupine s tekočo pitno vodo. Chan in sodelavci (2016) poročajo o nasprotnih

rezultatih. Dve rani v eksperimentalni skupini (tekoča pitna voda) sta pordeli, v kontrolni skupini niso zaznali znakov okužbe rane. Griffiths in sodelavci (2001) poročajo tudi, da se je v času raziskave popolnoma zacelilo 8 ran, čiščenih s tekočo pitno vodo, in 16 ran iz kontrolne skupine. Večina ran se je zmanjšala, razlika v deležu zmanjšanja pri posamezni skupini ni bila statistično pomembna. Chan in sodelavci (2016) so pri treh, z vodo čiščenih ranah, opazili nastanek epitalizacije in granulacijskega tkiva, česar v kontrolni skupini ni bilo. V času študije se v nobeni skupini nobena rana ni popolnoma zacelila. Ker v študijah avtorji niso ločevali rezultatov na akutne in kronične/kompleksne rane, ne vemo, kakšne so bile spremembe pri kroničnih/kompleksnih ranah. Podatki o pojavu okužbe in procesu celjenja pri obeh študijah so preveč različni, da bi bilo možno posploševanje rezultatov.

Ressande in sodelavci (2015) poročajo o rezultatih, ki kažejo na to, da tekoča pitna voda ni vzrok za kontaminacijo ran med čiščenjem. Ugotovili so, da je bila kolonizacija ran z Gram pozitivnimi in Gram negativnim bakterijami ter glivicami po irigaciji podobna v obeh skupinah. V vseh primerih se je število mikroorganizmov po izpiranju ran zmanjšalo. Ugotovili so tudi statistično nepomembno razliko v deležu zmanjšanja Gram negativnih, hemolitičnih bakterij ter gliv v obeh skupinah. Edino pomembno razliko, tj. zmanjšanje po Gramu pozitivnih bakterij po irigaciji s tekočo pitno vodo, avtorji razlagajo z vplivom gojišča in fiziološke raztopine. Podobnost v kolonizaciji ran pri ranah, ki so bile očiščene z obema tekočinama, nakazuje, da tekoča pitna voda kljub temu, da ni sterilna, ne vodi do povečanja mikrobne obremenitve rane, vendar še vedno ostaja neraziskano področje dolgoročnega učinka čiščenja s tekočo pitno vodo, ki bi zaradi svojih lastnosti lahko vplivala na zmanjšano sposobnost celjenja rane in s tem večjo nevarnost za razvoj okužbe.

Razlike v rezultatih bi bile lahko povezane s kakovostjo uporabljene vode, ki bi lahko bila mikrobiološko oporečna. Bee in sodelavci (2009) priporočajo, da se tekoča pitna voda pred uporabo za čiščenje ran pusti teči 10 do 15 sekund, saj je pipa lahko kontaminirana. V študijah (Resende et al. 2015; Griffiths et al. 2001) so to upoštevali in vodo pustili teči 10 do 15 sekund, medtem ko Chan in sodelavci (2016) tega podatka ne navajajo. Resende in sodelavci (2015) so pred študijo opravili mikrobno analizo uporabljene vode in jo za čiščenje ustekleničili po aseptični tehniki dela. Griffiths in sodelavci (2001) mikrobne analize niso opravili, vendar so poudarili, da mora biti uporabljena pitna voda.

Pri uporabi tekoče pitne vode za čiščenje ran obstaja vprašanje kakovostih vode v različnih državah (Bee et al. 2009). Fernandez, Griffiths (2012) odsvetujeta uporabo tekoče pitne vode kot sredstva za čiščenje ran v državah, kjer ni mogoče zagotoviti stalne zaloge pitne vode. Joanna Briggs Institute (2006) navaja, da se voda ne sme uporabljati, če ni pitna. V Nemčiji priporočajo uporabo sterilne fiziološke raztopine, uporaba tekoče pitne vode je v Nemčiji dovoljena samo, če se uporabljajo filtri z maksimalno velikostjo por 0,2 µm (Dissemond et al. 2014).

Poleg mikrobne obremenitve na proces celjenje ran vpliva tudi nizka temperatura raztopine za čiščenje, ki povzroči padec temperature v rani, s čemer se upočasni celjenje rane. Padec temperature za 2 °C za štiri ure prekine celjenje rane (Parač et al. 2004). Dissemond in sodelavci (2014) navajajo, da mora biti raztopina za čiščenje ran segreta na telesno temperaturo. V študijah, ki smo jih vključili v analizo, so edino Resende in sodelavci (2015) raztopine, ki so jih uporabili za čiščenje ran, segreli na 36 °C, medtem ko so Griffiths in sodelavci (2001) uporabili tekočine sobne temperature. Chan in sodelavci (2016) niso navedli, kakšna je bila temperatura raztopine.

Napodlagi randomiziranih kontroliranih študij, ki so jih izvedli Chan in sodelavci (2016), Resende in sodelavci (2015) in Griffiths in sodelavci (2001), lahko ugotovimo, da so avtorji prišli do podobnih ugotovitev kot avtorji sistematičnih pregledov literature (Santos et al. 2016; Moore, Cowman 2013; Fernandez, Griffiths

2012; Bee et al. 2009)), in sicer, da ni statistično pomembnih razlik v stopnji okužbe in procesu celjenja ran, ki se čistijo s tekočo pitno vodo v primerjavi s fiziološko raztopino.

ZAKLJUČEK

S pregledom literature smo ugotovili, da je število dokazov o varni in učinkoviti rabi tekoče pitne vode zelo majhno, zaradi česar dobljenih rezultatov ne moremo posplošiti na celotno populacijo kroničnih/kompleksnih ran. Rezultati kažejo, da bi tekoča pitna voda lahko bila učinkovita in varna za čiščenje kroničnih/kompleksnih ran, vendar se moramo zavedati, da imajo analizirane študije nekatere pomanjkljivosti, zato so potrebne nove natančno načrtovane in oblikovane klinične raziskave pri pacientih z različnimi skupinami kroničnih/kompleksnih ran.

LITERATURA

Bee, T.S., Maniya, S., Fang, Z.R., et al. (2009). Wound bed preparation - cleansing techniques and solutions: a systematic review. *Singapore Nccursing Journal*, 36, št. 1, str. 16–22.

Chamanga, E. (2015). Will providing 'care closer to home' result in more complex wound care? *Journal of Community Nursing*, 29, št. 5, str. 32–38.

Chan, M.C., Cheung, K., Leung, P. (2016). Tap water versus sterile normal Saline in wound swabbing. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 43, št. 2, str. 140–147.

Ciringer, M., Smrke, D. (2012). Kronična rana - sodobni pristopi zdravljenja. *Medicinski razgledi*, 51, št. 2, str. 177–188.

Dissemond, J., Augustin, M., Emingm, S.A. (2014). Modern wound care – practical aspects of non – interventional topical treatment of patients with chronic wounds. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 12 št. 7, str. 541–554.

Djekić, B. (2008). Dileme in razhajanja pri prevezi rane plakat – predstavitev vsebin. V: Smrke, DM, Triller, C, Nikolić, Trifunović, D, (ured.), Zbornik predavanj, Kronična rana in bolečina, III. konferenca o ranah z mednarodno udeležbo, Portorož, 24.–25. april 2008. Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške okužbe, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center, str. 93–96.

Edwards – Jones, V., Flanagan, M., Wolcott, D. R. (2015). Technological advancements in the fight against antimicrobial resistance. *Wound International*, 6, št. 2, str. 47–51.

Fernandez, R.S., Griffiths, R. (2012). Water for wound cleansing. *Journal of wound care*, 2012 št. 2, str. 1–30.

Ferreira, M.C., Tuma, P. Jr., Carvalho, V.F., Kamamoto, F. (2006). Complex wounds. *Clinics*, 61, št. 6, str. 571–578.

Griffiths, R.D., Fernandez, R.S., Ussia, C.A. (2001). Is tap water a safe alternative to normal saline for wound irrigation in the community setting? *Journal of wound care*, 10, št. 10, str. 407–411.

Hall, J., Buckley, H.L., Lamb, K.A., Stubbs, N., Saramago, P., Dumville, J.C., Cullum, N.A. (2014). Point prevalence of complex wounds in a defined United Kingdom population. *Wound repair and regeneration*, 22, št. 6, str. 694–700.

Joanna Briggs Institute (2008). Solutions, techniques and pressure in wound cleansing. *Nursing Standard*, 22, št. 27, str. 35–39.

Kohek, M. (2011). Čiščenje in priprava dna razjede zaradi pritiska. V: Vanja V, (ured.), *Evropske smernice za*

preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska RZP: strokovno izobraževanje z učnimi delavnicami, Portorož, marec 2011. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije, str. 165–173.

Ljubič, A. (2013). Cleansing chronic wounds with tap water or saline: a review. *Journal of clinical nursing*, 21, št. 1, str.19–21.

Loyd – Jones, M. (2012). Wound cleansing: has it become a ritual or is it a necessity? Dostopno na: <http://bit.ly/2teAVcC> <10. 12. 2016>.

Magson – Roberts, S. (2006). Is tap water a safe alternative to normal saline for wound cleansing? *Journal Community Nursing*, 20, št. 8, str. 19–24.

McLain, N., Moore, Z. (2015). Wound cleansing for treating venous leg ulcers (Protocol). *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015, št. 4, str. 1–14.

Moore, Z., Cowman, S. (2013). Wound cleansing for pressure ulcers. *The Cochrane database of systematic reviews*, 28, št. 3, str. 1–29.

Parač, Z., Triller, C., Smrke, D. (2004). Sodobni pristopi zdravljenja okužb kirurške in kronične rane. V: Židanik, S., Tušek–Bunc, K., (ured.), *Medicinsko tehnični pripomočki. 3. mariborski kongres družinske medicine*, Maribor, 26. in 27. 11. 2004. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovensko zdravniško društvo, 75–80.

Queirós, P., Santos, E., Apóstolo, J., Cardoso, D., Cunha, M., Rodrigues, M. (2013). The effectiveness of cleansing solutions for wound treatment: a systematic review protocol. *Joanna Briggs Institute database of systematic reviews and implementation reports*, 11, št. 5, str. 169–181.

Resende, M.M.C., Rocha, C.A., Corrêa, N.F.M., et al. (2015). Tap water versus sterile saline solution in the colonisation of skin wounds. *International Wound Journal*, 13, št. 4, str. 526–530.

Rüttermann, M., Maier-Hasselmann, A., Nink-Grebe, B., Burckhardt, M. (2013). Local treatment of chronic wounds in patients with peripheral vascular disease, chronic venous insufficiency and diabetes. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110, št. 3, str. 25–31.

Santos, E., Queirós, P., Cardoso, D. (2016). The effectiveness of cleansing solutions for wound treatment: a systematic review. *Journal of Nursing Referência*, 4, št. 9, str. 133–143.

