

Uloga diplomirane medicinske sestre u kupiranju boli kod palijativnih bolesnika

Tenodi Maraković, Julijana

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:071202>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-08**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Julijana Tenodi Maraković

Uloga diplomirane medicinske sestre u kupiranju
boli kod palijativnih bolesnika

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2021.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Katedri za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite Škole narodnog zdravlja Dr. Andrija Štampar, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom prof.dr.sc. Ane Borovečki i dr. sc. Marijane Ljubić i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2020/2021.

SADRŽAJ

Sažetak
Summary

1) Uvod	1
2) Palijativna skrb	2
Hospicij i Palijativna skrb u Republici Hrvatskoj	2
Potrebe palijativnih bolesnika	4
3) Bol	5
Klasifikacija boli	6
Bol kod palijativnih bolesnika	8
Farmakološko liječenje boli	8
Psihološki aspekti boli kod palijativnih bolesnika	9
Psihološki terapijski postupci u smanjenju boli	10
4) Uloga diplomirane medicinske sestre u kupiranju boli kod palijativnih bolesnika	11
Anamneza i procjena boli	12
Sestrinska psihološka njega za smanjenje boli	12
Diplomirana medicinska sestra i farmakološko liječenje	13
Kupiranje boli kod neuroloških bolesnika	14
Kupiranje boli kod kardiovaskularnih bolesnika	16
Kupiranje boli kod reumatoloških bolesnika	17
Kupiranje boli kod bolesnika s dijabetesom	18
Kupiranje boli kod onkoloških bolesnika	19
Kupiranje boli kod pulmoloških bolesnika	21
5) Uloga diplomirane medicinske sestre u koordinaciji i superviziji terapije boli kod palijativnih bolesnika	21
Diplomirana medicinska sestra koordinator na primarnoj razini	22
Diplomirana medicinska sestra koordinator na sekundarnoj i tercijarnoj razini	22
Diplomirana medicinska sestra u patronažnoj službi	22
Diplomirana medicinska sestra u mobilnom timu	23
Delegiranje u kupiranju boli kod palijativnih bolesnika	23

6) Timski rad u kupiranju boli kod palijativnih bolesnika.....	24
7) Zaključak.....	26
8) Zahvala.....	27
9) Literatura	28
10) Životopis	31

Sažetak

Dugogodišnje kronične i maligne bolesti najčešće dovode do fizičke boli i mnoštva drugih simptoma koji uzrokuju strah, depresiju i izolaciju, što utječe na osobni integritet bolesnika.

Palijativni bolesnici zahtijevaju posebnu pažnju cijelog interdisciplinarnog tima s obzirom da njihova bolest ulazi u zadnju fazu koje su u većini slučajeva svjesni, te se radi o emocionalno zahtjevnom i iscrpljujućem iskustvu za bolesnika i njegovu obitelj. To je situacija kada se uz medicinsku skrb i zdravstvenu njegu treba suočiti i s njihovim psihološkim potrebama.

Skrb za palijativne bolesnike je veliki izazov za medicinsku sestru koji zahtjeva aktivnu, promišljenu i dugotrajnu skrb, a krajnji rezultat cjelokupna palijativne skrbi ne vodi izlječenju bolesti, nego olakšavanju mnogobrojnih simptoma i neminovnoj smrti bolesnika.

Edukativni cilj ovog diplomskog rada je naglašavanje uloge diplomirane medicinske sestre/tehničara u zdravstvenoj njezi i skrbi za palijativnih bolesnika, timskom radu u kupiranju boli-prepoznavanju potreba, uočavanju i rješavanju raznih problema koji se javljaju u bolnim stanjima kod palijativnih bolesnika na svim razinama zdravstvene zaštite. Diplomirana medicinska sestra treba biti educirana iz područja palijativne skrbi, a kod problema boli mora znati prepoznati bol i razlikovati vrste boli prema dijagnozama, sve načine kako ju olakšati (medikamentozna i ostala terapija), na vrijeme uočiti probleme i nuspojave terapije za bol te koordinirati razne stručnjake unutar tima kako bi pružili optimalno smanjenje boli kod palijativnih bolesnika.

Prikazana je važnost sestrinske skrbi i komunikacije za palijativne bolesnike i njihove obitelji/skrbnike. Naglasak je stavljen na specifičnosti kupiranja boli kod palijativnih bolesnika, te stručan fizički, psihološki i socijalni pristup diplomirane medicinske sestre palijativnom bolesniku.

Ključne riječi: Diplomirana medicinska sestra, palijativni bolesnik, kupiranje boli

Summary

Long-term chronic and malignant diseases most often lead to physical pain and a host of other symptoms that cause fear, depression, and isolation, affecting patients' personal integrity.

Palliative patients require special attention from the entire interdisciplinary team as their disease enters a final stage that they are in most cases aware of, and it is an emotionally demanding and exhausting experience for the patient and his family. This is a situation when, in addition to medical care and health care, their psychological needs also need to be addressed.

Caring for palliative care patients is a major challenge for the nurse that requires active, thoughtful and long-term care, and the end result of overall palliative care does not lead to cure of the disease, but alleviation of many symptoms and inevitable death of the patient.

The educational goal of this thesis is to emphasize the role of graduate nurses / technicians in health care and care of palliative patients, pain relief - recognizing needs, identifying and solving various problems that occur in painful conditions in palliative patients. A registered nurse should be educated in the field of palliative care, and in case of pain problems she must know how to recognize pain and distinguish types of pain according to diagnoses, all ways to alleviate it (medication and other therapy), timely identify problems and side effects of pain therapy, and coordinate various experts within the team to provide optimal pain reduction in the palliative patient.

The importance of nursing care for palliative patients and their family, as well as communication with the patient, his family and other team members is presented. Emphasis was placed on the specifics of pain relief in palliative patients, and the professional physical, psychological and social approach of the nurse to the palliative patient.

Key words: graduate nurse, palliative care patient, pain relief

Uvod

Smrt - najveći misterij čovjekovog postojanja, i njegov neizbježan biološki završetak. Svi smo smrtnici i kad tad postanemo svjesni da ćemo umrijeti. Hoće li to biti nagla smrt, spora, dugogodišnja-nitko sa sigurnošću ne može predvidjeti. Tek kad se osoba susretne s teškom i neizlječivom bolesti počne razmišljati o završetku života i priprema za njegov kraj. Svima nama - bolesniku, obitelji, zdravstvenom osoblju je jedna stvar bitna: da kraj dočekamo sa što manje boli i patnje. Napretkom medicine i tehnologije životni vijek ljudi se znatno produžio, mnoge neizlječive bolesti su tim napretkom postale kronične i s njima se živi, ali je upitna kvaliteta života.

Trenutak kada kod pojedinih stanja ili bolesti prestaje aktivno liječenje i glavni fokus je na olakšanju i smanjenju raznih simptoma i održavanju najbolje moguće kvalitete života kod bolesnika, tada govorimo o palijativnoj medicini.

Jedan od glavnih problema palijativnih bolesnika je bol-neugodno osjetilno iskustvo koje smanjuje fizičku i psihičku kvalitetu života, ne samo bolesnika, nego i njihovih obitelji/skrbnika, koji isto tako proživljavaju njihovu bolest i patnju. Pojam boli se u palijativnoj medicini veže najčešće uz bolesnike s malignim bolestima, ali i ostali bolesnici kao što su neurološki, plućni, kardiološki, imunološki, itd. mogu patiti od raznih vrsta boli.

Zdravstveno osoblje kao interdisciplinarni tim pristupa palijativnom bolesniku kao cjelovitoj osobi, i nastoji mu pomoći u svim aspektima njegovog života i bolesti, pa tako za cilj ima i ublažavanje boli i ostalih problema vezanih uz bol.

U tome na raspolaganju imaju cijeli niz novih pametnih lijekova, raznih alternativnih metoda liječenja i medicinskih zahvata.

Diplomirana medicinska sestra kao jedan od članova interdisciplinarnog tima koordinira potrebe bolesnika sa svim članovima tima, pruža stručnu pomoć bolesniku i njegovoj obitelji/skrbniku u suočavanju i prihvaćanju bolesti, procjenjuje potrebe palijativnog bolesnika, planira i provodi cjelovitu zdravstvenu i psihološku njegu, nastoji olakšati bol i druge simptome bolesti, te nastoji omogućiti palijativnom bolesniku najveću moguću kvalitetu preostalog života.

Palijativna skrb

Pojam palijativne skrbi nastao je s počecima modernog hospicijskog pokreta iz 60-tih godina prošlog stoljeća, kad se bitno promijenio stav prema umirućima (1). Briga za njih tada prestaje biti samo izraz kršćanskog milosrđa i suosjećanja te postupno postaje obveza zdravstvenog osoblja, posebice u primjeni novih lijekova koji ublažuju simptome (u prvom redu bol). Začetnica prvog modernog Hospicija u svijetu je Dr. Cicely Saunders koja je u Londonu 1967. godine otvorila prvi moderni Hospicij "St. Christopher's Hospice" (1). Otvorena komunikacija, olakšavanje simptoma, dostojanstvo i poštovanje individue, te prihvaćanje smrti postaje princip palijativne skrbi. UN 1974. godine donosi Povelju prava umirućih bolesnika (1).

Naziv „palijativna skrb“ je 1975. godine osmislio kanadski liječnik-kirurg Balfour Mount, začetnik palijativnog pokreta u Sjevernoj Americi i Kanadi.

Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *World Health Organization*) je 1990. godine definirala palijativnu medicinu kao „sveobuhvatnu skrb o bolesnicima i članovima njihovih obitelji, s ciljem poboljšanja kvalitete života, a sukladno bolesnikovim potrebama i željama“, te navode da je „Palijativna skrb pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika (odraslih i djece) i njihovih obitelji koji se suočavaju s problemima povezanim s životno ugrožavajućim bolestima. Palijativna skrb sprječava i ublažava patnju ranom identifikacijom, ispravnom procjenom i liječenjem boli i drugih problema, bilo fizičkih, psihosocijalnih ili duhovnih“ (2). U većini zemalja svijeta gdje je razvijena palijativna medicina i skrb i sami bolesnici su educirani i znaju njezinu svrhu-samim time lakše prihvaćaju svoje stanje i pomoć koja im se pruža. Kod nas je situacija drugačija, jer su palijativna medicina i skrb relativno noviji pojam. Većina bolesnika je „zdravstveno nepismena“ - nisu dovoljno educirani o vrstama pomoći i mogućnostima koje palijativna medicina i skrb pružaju. Bolesnici i njihove obitelji palijativnu medicinu i skrb doživljavaju negativno-misle da su „svi digli ruke od njih“, i ako prihvate takvu vrstu skrbi „da će brže i u patnji“ umrijeti. Stoga je nužna opsežna edukacija osoblja, bolesnika, obitelji/skrbnika ali i cijele zajednice da putem raznih dostupnih mogućnosti i medija razbiju predrasude o ovoj vrsti pomoći (3).

Hospicij i Palijativna skrb u Republici Hrvatskoj

U Republici Hrvatskoj postoje mnoga društva i udruge za palijativnu medicinu, a među važnijima je „Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb“ (HDHPS), kao dio Hrvatskog liječničkog zbora osnovano 1994. godine nakon prvog simpozija „Hospicij i palijativna skrb“. Osnovala ga je prof. dr. sc. Anica Jušić sa suradnicima. Time je pokrenut organizirani hospicijski pokret u Republici Hrvatskoj. Članovi društva su specijalisti opće i obiteljske

medicine, internisti onkolozi, neurolozi, anesteziolozi, a pridruženi članovi psiholozi, teolozi, socijalni radnici, pravnici, radni terapeuti, medicinske sestre/ tehničari i fizioterapeuti. Tijekom 1997. i 1999. godine osnovane su dvije humanitarne organizacije temeljene na volonterima, prva- „Društvo prijatelja nade“, s djelatnošću na razini grada Zagreba, dok je druga „Udruga prijatelja hospicija“ osnovana 1999.godine u Zagrebu na državnoj razini čija je djelatnost poticanje razvoja hospicija i palijativne skrbi u Hrvatskoj. Iste godine je održan prvi tečaj iz palijativne medicine i započeto je s prvim hospicijskim kućnim posjetama u Zagrebu (4). U narednim godinama hospicijski pokret polako jača i razvija se, HLZ je 2000.godine osnovao „Hrvatsko društvo za liječenje boli“ (1). Regionalni hospicijski centar kućnih posjeta u Zagrebu otvoren je 2002. godine (unutar 2 godine je skrbio za više od 200 pacijenata i njihovih obitelji), dok 2003. godine palijativna skrb ulazi u Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Time je omogućeno osnivanje ustanova za palijativnu skrb u cijeloj RH na razini primarne zdravstvene zaštite. Sastavni dio ustanova za palijativnu skrb su interdisciplinarni timovi koje čine liječnik, prvostupnik/ca sestrinstva, socijalni radnik i fizioterapeut; zatim ambulante za bol i palijativnu skrb te hospicijski dnevni boravak (4). Na sekundarnoj i tercijalnoj razini se osnivaju palijativni odjeli unutar pojedinih specijalnih bolnica. Strategija razvoja palijativne skrbi u RH je usvojena 2017. godine, i otada se hospicij i palijativna medicina konstantno razvijaju i jačaju uz mnogobrojne projekte u cijeloj RH (5).

Organizacija palijativne skrbi na primarnoj razini obuhvaća liječnike obiteljske medicine kao nositelje skrbi, patronažne medicinske sestre, medicinske sestre u kućnoj njezi, koordinate za palijativnu skrb (prvostupnik/ca sestrinstva ili magistar/ra sestrinstva), mobilne palijativne timove koje čine liječnik specijalist i prvostupnik/ca sestrinstva. Da bi palijativna skrb bila učinkovita, na razini Županija uz zdravstvenu mora postojati organizirana socijalna zaštita, i ako je moguće nevladine organizacije - udruge, društva i volonteri koji doprinose optimalnoj skrbi za bolesnike (5).

Od 2013. godine do danas na razini RH javnozdravstvena služba za palijativnu skrb u svom sastavu ima 47 koordinatora, na primarnoj razini postoji 67 palijativnih kreveta u stacionarima, te 14 palijativnih kreveta u ustanovama za palijativnu skrb (1). Na sekundarnoj razini je planirana dostupnost 338 kreveta od čega u općim bolnicama 215, u specijalnim i psihijatrijskim bolnicama 108 palijativnih kreveta. U Zagrebu se u Klinici za psihijatriju Vrapče osiguralo 15 kreveta za palijativne bolesnike, ukupan plan do 2022 g. je 676 palijativnih postelja (1). Šifra palijativne skrbi Z51.5 se priznaje u 13 bolnica, a njih 15 uz liječničko daje i sestrinsko otpusno pismo. CEPAMET- Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine unutar Medicinskog fakulteta u Zagrebu organizira tečajeve iz palijativne medicine za liječnike, a od akademske godine 2017/2018.g. je na MEF-u studiju medicine na 6. godini uveden predmet „Palijativna medicina“. Na razini države se od usvajanja

strategije razvoja palijativne skrbi osnovalo 10 mobilnih timova za skrb u kući bolesnika, 22 tima za palijativnu skrb u općim bolnicama, 31 ambulanta za bol. Od nevladinih organizacija na razini države djeluje 16 volonterskih organizacija, 9 županijskih timova za razvoj palijativne skrbi na razini županija, 47 besplatnih posudionica pomagala. te 5 županijskih koordinacijskih centara palijativne skrbi (1). U gradu Zagrebu trenutno djeluje 5 mobilnih timova raspoređenih po domovima zdravlja Istok, Zapad i Centar. Palijativni bolesnici i njihove obitelji/skrbnici se za potrebe skrbi na primarnoj razini javljaju svojem liječniku obiteljske medicine gdje se uz njihovu pomoć i koordinatora palijativne skrbi izrađuje individualni plan potrebne skrbi (5).

Potrebe palijativnih bolesnika

Svaki čovjek kao individualno biće je poseban i jedinstven, ima pravo na dostojanstven život i dostojanstvenu i mirnu smrt. Iako se u palijativnoj medicini ne liječi kronična ili maligna bolest, svaka osoba ima pravo da se njegove tjelesne, psihosocijalne i duhovne potrebe zadovolje. Upravo to je i cilj palijativne skrbi: da pruži najveću moguću razinu pomoći, bez da izliječi bolest, ubrza ili uspori prirodan proces umiranja.

Odrednice palijativne skrbi nalažu prevenciju problema ako za to postoji mogućnost, uočavanje raznih problema i simptoma bolesti te brzu i učinkovitu reakciju pružatelja skrbi, kako bi se pomoglo i olakšalo bolesniku u datom trenutku i potrebi.

Potrebe palijativnih bolesnika su: zadovoljavanje osnovnih fizičkih potreba, učinkovito ublažavanje boli i ostalih simptoma bolesti, očuvanje samopoštovanja, potreba za komunikacijom, potreba za pažnjom, pripadanjem i suosjećanjem (5).

Navedene potrebe predstavljaju veliki izazov za zdravstvene djelatnike i obitelj/skrbnika bolesnika, jer se i sami moraju nositi sa velikim obimom potreba bolesnika koje se ponekad ne mogu zadovoljiti i to dovodi do stresa, frustriranosti i osjećaja nemoći kod skrbnika.

Terminalni stadij bolesti je nepredvidljiv i može trajati različito za svakog bolesnika – od nekoliko dana do nekoliko mjeseci. Od velike važnosti je procjena psihofizičkog stanja bolesnika da bi se što točnije prepoznali problemi i potrebe, te što učinkovitije i pravovremeno rješavali problemi kako se budu pojavljivali.

Bol

Službena definicija boli međunarodne udruge za proučavanje boli (IASP) koju je prihvatila WHO glasi: *“Bol je neugodno osjetno i emocionalno iskustvo, udruženo s aktualnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva, ili opisano u vrijeme takvog oštećenja.”*

„Bol je štogod osoba koja je doživjela kaže da je, i postoji kad god ona kaže da postoji“

Margo Mc Caffery

Bol se smatra upozoravajućim znakom da se u tijelu nešto događa, što može, a i ne mora biti povezano sa stvarnim oštećenjem tkiva. Štoviše, bolni podražaj se može javiti satima, danima, mjesecima i godinama nakon stvarnog oštećenja tkiva (6).

Receptori za bol nazivaju se *nociceptori* - završeci živčanih vlakana sa sposobnošću pretvaranja bolnih podražaja (mehaničkih, toplinskih, kemijskih), u živčane. Živčani podražaji zatim s mjesta ozljede putem perifernih živaca putuju prema leđnoj moždini i središnjem živčanom sustavu - velikom mozgu (talamusu) gdje se nalazi centar za bol.

Građa nociceptora se sastoji od tankih živčanih vlakana koja mogu biti formirana poput razgranatog drva, ili mogu biti formirana poput klupčastih formacija. Veliki broj nociceptora je smješten u koži, potkožnom tkivu, tetivama, mišićnim ovojnicama, i seroznim membranama peritoneuma, pleure, periosta. Nociceptora nema u unutrašnjim organima kao što su mozak, jetra, slezena i pluća, stoga oštećenja tih organa nisu bolna, međutim rastezanjem unutrašnjih šupljih organa kao što su crijeva, mokraćni mjehur, želudac, itd. stvara se bolni podražaj zbog rastezanja serozne ovojnice koja se nalazi na površini tih organa. Nociceptora nema niti u kostima, ali ih ima na pokosnici - periostu u velikom broju, stoga su lomovi kosti izrazito bolni. Bolni podražaj počinje na mjestu ozljede tkiva (6).

Postoje tri skupine nociceptora:

- mehanosenzitivni nociceptori - reagiraju na intenzivnu mehaničku stimulaciju
- kemosenzitivni nociceptori - osjetljivi na različite kemijske tvari
- termosenzitivni nociceptori - reagiraju na intenzivne podražaje topline i hladnoće (7).

Klasifikacija boli

Bol se može klasificirati prema trajanju, jakosti, kvaliteti, patofiziološkim promjenama i etiologiji (uzroku). Diplomirana medicinska sestra/ tehničar mora znati razlikovati navedene odrednice boli, kako bi točno, pravovremeno reagirala i zajedno s ostatkom tima smanjila ili suzbila bol.

Bol se klasificira:

- prema dužini trajanja može biti - akutna i kronična
- prema općem uzroku može biti benigna i maligna
- prema mehanizmu nastanka može biti organska i psihogena
- prema uzroku - može biti neuropatska i nocicepcijska
- prema mjestu nastanka može biti parijetalna, visceralna ili odražena (zrcalna bol)

Prema trajanju bol se dijeli na akutnu i kroničnu.

Akutna bol traje od nekoliko sati, dana, tjedana do najviše 3 mjeseca (iako se u svjetskoj literaturi spominje i do 5, a najduže 6 mjeseci), najčešće nastaje kao posljedica akutne upale, ozljede ili kirurških zahvata (6).

Kronična bol predstavlja složeni psihosomatski poremećaj te kao koncept „totalne boli“ (prema WHO) sadrži fizičke, socijalne i duhovne aspekte te kao takva zahtjeva biopsihosocijalni i multidisciplinarni pristup na svim razinama zdravstvene skrbi (6). Kronična bol traje dulje od 6 mjeseci, prema porijeklu se dijeli na malignu bol i kroničnu nemalignu bol. Može se javljati u kontinuitetu, rekurentno, može ali i ne mora imati jasnu lokalizaciju. Liječenje kronične boli predstavlja i veliki izazov u modernom svijetu, jer je veliko opterećenje za cjelokupni zdravstveni sustav radi čestih bolovanja, dugotrajne rehabilitacije, nesposobnosti za rad, gubitka prihoda, raznih psihosocijalnih problema za bolesnike, itd.

Neurogena/neuropatska bol spada pod kroničnu nemalignu bol; može biti epizodička i paroksizmalna bol te se očitovati kao fantomska bol, razne neuralgije (najčešće n.trigeminusa). Bolesnici ju opisuju kao peckajuću bol, trnce ili mravinjanje, te probadajuću bol. Neurogena bol u principu javlja nekoliko dana ili tjedana nakon tjelesne ozljede ili oštećenja tkiva. Može se javiti u različitim vremenskim intervalima i biti različitog intenziteta. U nekim slučajevima teško je naći očigledni izvor neuropatske boli, a zabilježene su i njene česte spontane pojave (6).

Nociceptivna bol može nastati kao posljedica podraživanja nociceptora raznim mehaničkim, kemijskim i toplinskim podražajima. Također može nastati ako se nociceptori podraže raznim alogenim tvarima (npr.serotonin, histamin,itd). Za nociceptivnu bol se smatra da ima zaštitnu funkciju (6).

Somatska bol spada pod nociceptivnu bol i posljedica je aktivnosti u živčanim putevima i završecima, uzrok joj može biti stvarno oštećenje tkiva (npr. prijelom podlaktice) i/ili podražajem koji bi mogao dovesti do oštećenja tkiva (npr. osjet vrućine koji može dovesti do opekline) (6).

Psihogena bol za razliku od organske boli nema podlogu u oštećenju tkiva, ili je od stvarnog oštećenja tkiva prošao dugi vremenski rok (amputacije-fantomska bol). Različita iskustva boli idu u prilog raznih kombinacija fizičkih i psihičkih faktora (6).

Viscelarna bol se najčešće javlja kod raznih upalnih stanja, distenzija ili kontrakcija unutrašnjih organa (npr. crijeva i mokraćni mjehur) i ovojnica, ishemije (IM), nekroze tkiva. Najčešće je slabo lokalizirana i ograničena, može biti površinska ili duboka. Praćena je znacima podraživosti - napetosti (defans) abdominalne stijenke, ubrzanim ili usporenim bilom, moguće su i mučnina i povraćanje(6).

Parijetalna bol nastaje kao posljedica ozljede ovojnica unutarnjih organa. Bol je oštra, peče i pali (6).

Odražena-zrcalna-prenesena bol je uglavnom udaljena od mjesta podražaja, upale ili oštećenja, najčešće su zahvaćeni abdominalni organi, a bol se prenosi na površinu tijela (apendicitis) (6).

Upalna bol se najčešće javlja kod oštećenja mekih tkiva i/ili mišićno-koštanih tkiva. Upalna bol je uglavnom dobro lokalizirana i bolesnici ju u većini slučajeva opisuju kao tupu bol, iako ponekad može biti i sijejavajućeg karaktera. Upalna bol mišićno-koštanog tkiva karakteristična je za reumatološke bolesti (6).

Maligna bol je najčešće posljedica promjena koje izaziva rast tumora odnosno metastaza. Ponekad joj uzrok može biti i liječenje, odnosno nuspojave liječenja maligne bolesti. Može se pojaviti i kao neuropatska bol. Vrlo često je kroničnoga tipa, a ako se javi u akutnom obliku najčešće je posljedica naglog prodora tumorskog procesa u okolne strukture, prijeloma kosti zbog metastatskog procesa ili perforacije organa (7). Javlja se kao probijajuća, nagla i vrlo jaka bol koja ne reagira na standardne analgetike. Kod manipulacije bolesnikom (premještanje, promjene položaja) ili kod drugih simptoma kao što su kašalj, povraćanje, štucanje, napinjanje, itd., maligna bol se javlja kao incidentna bol (10). Kod terminalnih bolesnika s malignom boli

uzrok boli se uglavnom ne može ukloniti i veliki je izazov za zdravstveni tim da pomognu smanjiti bol i koliko je moguće duže održe kvalitetu života.

Krajem 20. stoljeća se u medicini-naročito palijativnoj javlja pojam „totalne boli“, sastoji se od četiri komponente boli: fizička, emocionalna, socijalna i duševna bol. Svaka od navedene četiri komponente može pojedinačno ili u kombinaciji s drugima utjecati na percepciju ukupne boli. Liječnici i medicinske sestre često pokazuju nedovoljno razumijevanja za pojam „totalne boli“, što u konačnici može dovesti do neadekvatnog kupiranja boli kod palijativnih bolesnika (8).

Bol kod palijativnih bolesnika

Prema statistici Svjetske zdravstvene organizacije, oko 70 posto ljudi oboljelih od karcinoma umire u bolovima. Wall i Melzak su izjavili: "Zaprepašujuća je nepotrebnost boli koja terorizira ljude cijeloga svijeta i osiromašuje njihovu kvalitetu života. Oslobođanje od boli osnovno je pravo svakog čovjeka i ono je ograničeno samo našim (ne)znanjem" (8).

Kod palijativnih bolesnika se napretkom bolesti i oslabljenjem funkcija organizma bol postepeno pojačava kod nemalignih bolesti, a kod malignih bol u većini slučajeva naglo počinje, jakog je intenziteta i daje slabiji odgovor na terapiju (10).

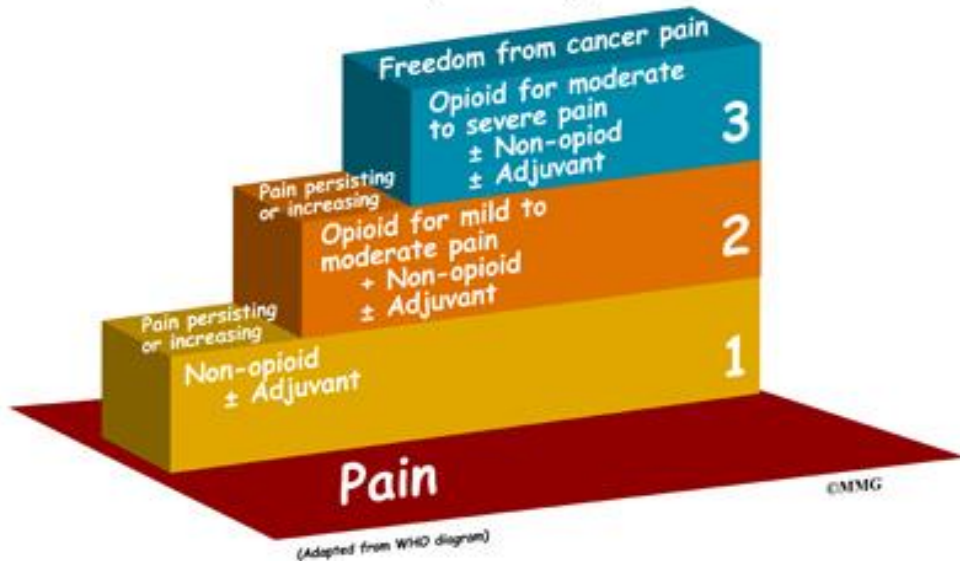
Stoga je u palijativnoj medicini i skrbi važno da svi zdravstveni profesionalci pravovremeno procjene vrstu, uzrok, mehanizam nastanka i intenzitet boli, da bi se mogla primjeniti odgovarajuća terapija. Kupiranje boli uvelike ovisi i o tjelesnom sustavu koji je zahvaćen (mišićno-koštani, kardiološki, neurološki, itd), jer se za svaki od tjelesnih sustava može i mora odrediti odgovarajuća farmakološka i potporna terapija, kojom se može kupirati, kontrolirati i ublažiti bol i patnja, te održati prihvatljiva kvaliteta života bolesnika do samoga kraja.

Farmakološko liječenje boli

SZO je 1986.godine izradila 3-stupanjsku ljestvicu (prema jačini boli) kao okvir za liječnike u planiranju i provođenju plana kupiranja boli kroz postupnu primjenu analgetika od slabijih prema najjačima, a za medicinske sestre služi za praćenje odgovora na terapiju, praćenje nuspojava, interakcije lijekova i /ili njihove nedjelotvornosti te pravovremenu komunikaciju s liječnicima o djelotvornosti terapije (20).

Navedena ljestvica se i danas (uz manje modifikacije) koristi diljem svijeta.

WHO Three-Step Analgesic Ladder



Slika1. 3- stupanjska analgetska ljestvica Svjetske zdravstvene organizacije (18).

Koraci u liječenju boli prema 3- stupanjskoj ljestvici:

- 1) Nesteroidni protuupalni lijekovi + adjuvantna th.
- 2) Nesteroidni protuupalni lijekovi + adjuvantna th.+ blagi opiodi
- 3) Kombinacija 1 i 2 + jaki opiodi

Adjuvantna terapija u liječenju kronične boli se najčešće primjenjuje kod neuropatske boli, od lijekova se koriste triciklički antidepresivi, antikonvulzivi, ponekad i glukokortikoidi. (20)

Psihološki aspekti boli kod palijativnih bolesnika

Procjena Svjetske zdravstvene organizacije je da od 20-70% palijativnih bolesnika ne prima optimalnu terapiju za ublažavanje bolova, dok trećina tih bolesnika boluje od depresije (12).

Doživljaj kronične i karcinomske boli kod palijativnih bolesnika uz fizički aspekt ima i psihološki aspekt koji je jednako važan, a često mu se ne pridaje zaslužena pažnja. Kod palijativnih bolesnika se uz somatske probleme gotovo uvijek javljaju i psihički problemi koji zahtijevaju pažnju cijelog interdisciplinarnog tima.

Kad se suoče s dijagnozom neizlječive bolesti, bila ona maligna ili kronična, bolesnici dožive veliki stres. Strah, neizvjesnost, tjeskoba i osjećaj bespomoćnosti i strah od boli samo su neki od simptoma stresa. Bolesnici često postavljaju pitanja: „Hoću li se dugo patiti dok ne umrem,

hoću li umrijeti u bolovima i sam?“ Palijativna skrb postoji i zadužena je da se niti jedno od ovih pitanja ne ostvari.

Bol kao najčešći simptom u kroničnim i malignim bolestima uz fizičku ima i veliku psihološku komponentu u skrbi za palijativne bolesnike. Bolesnik koji je pod velikim stresom, u strahu, anksiozan, depresivan sigurno će iskusiti višu razinu boli. Zato se u pristupu liječenja boli palijativnom bolesniku mora odmah omogućiti psihosocijalna potpora, da bi se lakše nosio sa svojom bolesti (13).

Neki od faktora koji utječu na bolesnikovo doživljavanje boli su i prethodna iskustva (prijašnji boravci u zdravstvenim ustanovama, terapija, odnos osoblja prema njemu, itd), sustav duhovnog vjerovanja i potreba ili nedostatak istog, tolerancija na stres, neugodu i bol, samopercepcija, stupanj kontrole koju imaju nad svojim tijelom i bolešću (14).

Pravovremeno prepoznavanje boli i pružanje psihološke pomoći palijativnom bolesniku može doprinijeti smanjenju boli kroz osjećaj sigurnosti, shvaćenosti, smanjene anksioznosti, osnaženosti (14).

S druge strane, ako psihološki aspekt boli ostane neprepoznat i/ili zanemaren, dovesti će do anksioznosti, straha, depresije, oslabiljenosti i povećati će doživljaj boli (14).

Psihološki terapijski postupci u smanjenju boli

Psihoterapijski postupci za smanjenje kronične boli u psihoterapiji se koriste desetljećima. Postoje brojne studije koje dokazuju djelotvornost raznih terapijskih postupaka na smanjenje kronične boli.

Neki od tih postupaka su:

Tehnike relaksacije, uključujući tehniku pravilnog disanja, progresivna mišićna relaksacija; sugestija, hipnoza, biofeedback, tehnike zamišljanja, tehnike distrakcije. Za svaku od navedenih tehnika liječnik psihijatar ili klinički psiholog se odlučuju nakon razgovora s bolesnikom i objektivne procjene njegovog stanja putem medicinske dokumentacije i konzultacije s cijelim interdisciplinarnim timom. Navedene tehnike se kombiniraju s farmakoterapijom i ostalim postupcima za smanjenje boli (15).

Uz navedene postupke provodi se i psihoterapija - bolesnika se usmjerava da svoju bolest doživi kao izazov umjesto kazne, dok se kod bolesnika koji su svjesni da im nije ostalo puno vremena terapijski ukazuje na priliku da sve svoje poslove privedu kraju, riješe postojeće nesuglasice u obitelji i okolini, riješe svoje financije i ostavštinu - takvi terapijski pristupi dovode

do smanjenja straha, anksioznosti i depresije kod palijativnih bolesnika. Psihoterapija se može provoditi individualno, u grupi (bolesnici s sličnim dijagnozama i kroničnom boli) i kao obiteljska terapija - bol ostavlja duboke emocionalne posljedice na obitelj bolesnika (nemoćno gledaju bol i patnju). Zdravstveni radnici koji brinu o palijativnim bolesnicima nisu pošteđeni stresa, i većina se ne zna nositi s psihički zahtjevnim situacijama, odnosima s bolesnikom i obitelji, kod njih se isto tako može javiti osjećaj frustriranosti i nemoći da se pomogne bolesniku unatoč svim uložnim naporima, što dovodi do sindroma izgaranja (engl *burnout syndrome*). Stoga bi na svakom radilištu trebalo osoblju osigurati pristup psihološkoj pomoći (16).

Uloga diplomirane medicinske sestre u kupiranju boli kod palijativnih bolesnika

Kod hospitaliziranih bolesnika-bilo da se radi o bolnici ili nekoj od hospicijskih ustanova, medicinske sestre/tehničari su u bliskom kontaktu s bolesnikom, odnosno bolesnik je pod sestrijskim nadzorom 24 sata dnevno. Taj nadzor nam omogućuje bliski kontakt s bolesnikom te pravovremeno prepoznavanje i reagiranje na pojavu boli i uz nju vezanih simptoma. Edukacija medicinskih sestara i tehničara o palijativnoj medicini i skrbi na razini prediplomskih, a naročito diplomskih studija omogućava razvoj sestrištva uz kurativnu i palijativnu zdravstvenu njegu i skrb.

Kad govorimo o boli kod palijativnih bolesnika diplomirana medicinska sestra/tehničar mora biti dobro educirana: općenito o boli, njenim odrednicama i vrstama, prepoznati, razlikovati psihološku od fizičke boli, poznavati i znati asistirati kod raznih zahvata za olakšanje boli, prepoznati neverbalne vrste boli kod bolesnika s poremećajima svijesti, djece, bolesnika s demencijama, kognitivnim deficitom, itd.; znati vrste lijekova za bol, njihovu ulogu prema vrstama boli, nuspojave terapije, načine primjene, psihološki pristup bolesniku s boli. Na primarnoj razini važna je koordinacija između liječnika obiteljske medicine, palijativnog tima i patronažne službe i njege u kući; koordinator - sestra mora sudjelovati u timskom radu (razmjena informacija, iskustva, vođenje papirologije, pristup obitelji oboljelog-podrška, edukacija zdravstvenog osoblja, bolesnika, obitelji/skrbnika, zajednice o palijativnoj skrbi, učinkovita komunikacija).

Anamneza i procjena boli

Kod uzimanja anamneze boli medicinske sestre uz ostale parametre moraju se u obzir uzeti i psihosocijalni aspekti boli, jer oni doprinose lakšoj odluci liječnika o vrsti i načinu kontrole odnosno eliminacije boli.

Anamneza boli obuhvaća (17) :

- Etiologiju boli
- Tip boli (nociceptivna, visceralna, neuropatska, kompleksni regionalni bolni sindrom)
- Intenzitet/težinu boli
- Kvalitetu boli
- Mjesto boli
- Širenje boli
- Vrijeme javljanja boli
- Pogoršavajuće ili olakšavajuće čimbenike
- Prethodna analgetska terapija
- Značajna psihološka oboljenja koja doprinose pogoršanju boli (anksioznost/depresija)

Uz gore navedene parametre, potrebno je poznavanje uzroka, tipa, težine boli i njen učinak na bolesnika (17):

- Fizički učinak/manifestacije (npr. mučnina, povraćanje)
- Funkcionalni učinak (interferencija sa dnevnom aktivnošću)
- Psihosocijalni učinak (anksioznost, interpersonalni odnosi)
- Duhovni učinak (beznađe)

Kod procjene kronične boli treba obratiti pozornost na rizične bolesnike kod kojih može doći do razlike između subjektivne i objektivne percepcije boli kao što su djeca, starije osobe, osobe sa kognitivnim deficitom osobe koje poriču bol, ovisnici, različite kulture.

Sestrinska psihološka njega za smanjenje boli

Važno je da sestra promatranjem i otvorenom komunikacijom (do koje dolazi stvaranjem povjerenja između sestre, bolesnika i obitelji) napravi procjenu životnih uvjeta u obitelji i bližoj zajednici-uočiti faktore koji utječu na psihološku percepciju boli (17):

- tjelesni (nesanica, gubitak teka, poremećaji probave, kronični umor)

- psihološki (strah od smrti, osjećaj bespomoćnosti, bijes, tuga, itd.)
- socijalni (briga za obitelj- kompleksnost obiteljskih odnosa, financijsko stanje i uvjeti života, strah od izolacije, napuštanja, itd.)
- duhovni (zašto baš ja?, što sam zgriješio?, zašto me se kažnjava?, itd.)

Većina bolesnika kojima se bliži smrt (dani, sati), prolazi neke oblike agonalnog stanja pa ne mogu suvislo izvještavati o postojećoj boli. Stoga je važno da medicinska sestra promatra bolesnika i njegove reakcije, kako bi pravovremeno mogla reagirati kod pojave boli, najčešće se uočava facijalna mimika i glasanje (jaukanje) kojim bolesnik izražava neugodu, pojačano znojenje, itd.

Kod bolesnika koji negiraju bol zbog različitih razloga (vjerska uvjerenja, boje se da će ispasti slabiji- češće muškarci zbog utjecaja okoline) sestra može uočiti narušeno kretanje ili narušen posturalni stav, negativne emocije, izbjegavanje aktivnosti, razdražljivost i/ili povlačenje u sebe. Takve reakcije dovode do depresivnih stanja i utječu na pogoršanje boli. Otvorena iskrena komunikacija, empatija, osiguranje povjerenja i povjerljivosti podataka, te podrška i razumijevanje za bolesnikove probleme dovodi do stvaranja povezanosti i osjećaja povjerenja između bolesnika i medicinske sestre. Takav odnos je preduvjet za pružanje psihološke pomoći, jer će bolesnik koji ima povjerenje u medicinsku sestru koja brine o njemu lakše prihvatiti psihološku pomoć koja mu se pruža. Medicinske sestre sudjeluju zajedno s liječnicima-psihijatrima i psiholozima u grupama podrške kroničnih bolesnika, a individualno direktno uz liječnika pružaju specifičnu pomoć i potporu koju bolesnik u datom trenutku svog života treba.

Diplomirana medicinska sestra i farmakološko liječenje

Napretkom medicine, farmakologije i farmakološke industrije, danas je liječnicima na raspolagju široki spektar lijekova za suzbijanje boli. Najčešće korišteni lijekovi su analgetici, koji se prema potrebi mogu kombinirati s tricikličkim antidepresivima, narkotici i opijati (morfij, dolantin). Farmakološka terapija se može kombinirati i s drugim ranije navedenim psihološkim metodama (ako to dijagnoza bolesti i stanje bolesnika dozvoljavaju), ali i fizičkima kao što su: opuštajuće masaže, tople kupke, razne vrste obloga, aromaterapija, itd (18).

Analgetici se mogu davati per os, supkutano, intramuskularno, intravenozno, u obliku flastera i čepića. Kod malignih bolesti se uz navedeno često koristi i palijativno zračenje na način da umanjuje neugodne pojave vezane uz pritisak tumora na okolno tkivo – smanji se bol i oticanje. Palijativno zračenje je učinkovito kod metastaza u kostima, gušenja zbog pritiska na bronhe i raznih krvarenja (18).

Palijativni bolesnici vrlo često imaju i po nekoliko komorbiditeta, i uzimaju veliki broj lijekova stoga su moguće brojne komplikacije, nepoželjne interakcije i nuspojave lijekova. Diplomirana medicinska sestra osim direktne primjene terapije, na sekundarnoj i tercijarnoj razini radi procjenu uzimanja ili neuzimanja terapije, ishod terapije (dekurzus i sestrijska terapijska lista), osigurava pravodobnu dostavu lijekova na odjel-dostupnost i koordinacija s ljekarnom da li ima lijeka na tržištu (zamjenski lijekovi), konzultacije s ljekarnicima o putevima davanja određenog oblika lijeka (npr. ako pac ima NGS a treba dobiti tabletu s ovojnicom-smije li se ta tableta usitniti ili ne); nadzire prehranu bolesnika radi interakcija određenih lijekova i hrane (npr. varfarin (Martefarin) - zeleno povrće umanjuje djelotvornost lijeka), nabava medicinskih proizvoda za davanje terapije (šprice, igle, kanile, infuzijski sistemi itd), nabava i odgovornost-vođenje dokumentacije o uređajima za davanje terapije (infuzomati, perfuzori), edukacija zdravstvenog osoblja o upravljanju navedenim uređajima i ostalim temama vezano uz primjenu lijekova, nadzor nad osobljem, nadzor nad bolesnikom i komunikacija s liječnicima, obitelji/skrbnicima, te vođenje dokumentacije o zbrinjavanju medicinskog otpada.

Medicinske sestre vode tablice rotacije opioidne terapije kroz koje zajedno s liječnicima mogu pratiti učinke provedene analgezije, izostanke istog, nuspojave ili razvoj tolerancije i nuspojava narkotika.

Kod opijata i narkotika treba paziti da se poštuje zadana doza jer prekoračenje može dovesti do depresije centra za disanje u produženoj moždini i time izazvati smrt. Medicinska sestra ne smije nikada-bez obzira na okolnosti na svoju ruku povećavati ili smanjivati količinu lijeka bez obzira dali pacijenta i dalje jako boli, uvijek treba pozvati liječnika koji će prilagoditi dozu lijeka.

Diplomirana medicinska sestra na primarnoj razini, procjenjuje mogućnost davanja terapije u kućnim uvjetima od strane obitelji/skrbnika ili samog bolesnika, te provodi edukaciju obitelji/skrbnika i bolesnika o davanju terapije protiv bolova u kućnim uvjetima (npr. kod opijatnih flastera edukacija o mjestu lijepljenja, manipulacija flasterom-razumljive i jasne upute), uočavanju i prijavljivanju nuspojava, komunicira u timu s obiteljskim liječnikom i ostalim članovima daje povratnu informaciju o djelotvornosti terapije i općem stanju bolesnika.

Kupiranje boli kod neuroloških bolesnika

Neurološke bolesti su u većini slučajeva kronične, te predstavljaju uz fizičko i veliko psihičko opterećenje kako za bolesnika, obitelj/skrbnika, tako i za zdravstveni sustav. Bol kod neuroloških bolesti jako utječe na kvalitetu života, jer ako na vrijeme nije prepoznata i kupirana- dodatno pojačava simptome neuroloških bolesti.

Multipla skleroza, ALS, moždani udar, Parkinsonova bolest i razne vrste demencija nerijetko su praćene bolnim sindromima. Kod neuroloških bolesti se često javljaju bolni sindromi koje je važno na vrijeme prepoznati i kupirati jer su vrlo često povezani s razvojem depresije - naročito kod MS i moždanog udara (19). Povezanost boli i depresije kod neuroloških bolesnika je ozbiljan problem i izazov za palijativni tim u liječenju takvih bolesnika, jer se uz nesposobnost fizičkog samozbrinjavanja, kognitivnih poremećaja i bolnih sindroma znatno narušava kvaliteta i skraćuje životni vijek.

Problem kod neuroloških bolesti je procjena boli, zbog raznih kognitivnih deficita - naročito kod demencija. Takvi bolesnici imaju teškoće u komunikaciji praćene kognitivnim poremećajima i poremećajima ponašanja i ne mogu uvijek iskazati bol (20). U ranijim stadijima demencija bolesnici sami prijave postojanje boli i tada se ona može uspješno kupirati, dok je u uznapredovalim stadijima procjena boli otežana i kod palijativnog tima, a naročito medicinske sestre zahtjeva iskustvo i posebne komunikacijske vještine. Educirana i iskusna medicinska sestra zna prepoznati nespecifične simptome boli kao što su pojačana uznemirenost, agresivnost, agitiranost i slično te može prepoznati jesu li ti simptomi stvarno odraz boli ili nespavanja, neugode, straha, nuspojave lijekova (19). Međutim zbog kompleksnosti simptoma medicinske sestre i liječnici se koriste raznim pomagalima za procjenu boli. Jedno od tih pomagala je Abbey skala za procjenu intenziteta boli kod pacijenata s demencijom (engl. *Abbey Pain Scale, APS*). (21).

Ljestvica se koristi tako da se pacijenti koji boluju od demencije promatraju pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Procjenu boli korištenjem Abbey skale medicinska sestra radi svakodnevno u nekoliko navrata, a obavezno nakon potencijalno bolnih intervencija. Ljestvica se sastoji od šest elemenata s četiri vrste odgovora, koji sežu od vrijednosti 0 („nema boli“) do 3 („jaka bol“). Raspon ukupne vrijednosti obuhvaća 0-18. Unose se vrijednosti za svaku pojedinu kategoriju te se potom zbrajaju. Nakon procjene se zbrajaju bodovi koji se tumače na slijedeći način: od 0-2 nema boli, od 3-7 postoji blaga bol, od 8-13 umjerena bol, od 14 i više označava jaku bol (21).

Abbey Pain Scale

For measurement of pain in people with dementia who cannot verbalise.

How to use scale: While observing the resident, score questions 1 to 6

Name of resident:

Name and designation of person completing the scale:

Date: **Time:**

Latest pain relief given was.....**at****hrs.**

<p>Q1. Vocalisation eg. whimpering, groaning, crying Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</p>	<p>Q1 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>Q2. Facial expression eg: looking tense, frowning grimacing, looking frightened Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</p>	<p>Q2 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>Q3. Change in body language eg: fidgeting, rocking, guarding part of body, withdrawn Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</p>	<p>Q3 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>Q4. Behavioural Change eg: increased confusion, refusing to eat, alteration in usual patterns Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</p>	<p>Q4 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>Q5. Physiological change eg: temperature, pulse or blood pressure outside normal limits, perspiring, flushing or pallor Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</p>	<p>Q5 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>Q6. Physical changes eg: skin tears, pressure areas, arthritis, contractures, previous injuries. Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</p>	<p>Q6 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>

Add scores for 1 – 6 and record here ➔ **Total Pain Score**

Now tick the box that matches the Total Pain Score ➔

0 – 2 No pain	3 – 7 Mild	8 – 13 Moderate	14+ Severe
------------------	---------------	--------------------	---------------

Finally, tick the box which matches the type of pain ➔

Chronic	Acute	Acute on Chronic
---------	-------	------------------

Dementia Care Australia Pty Ltd
 Website: www.dementiacareaustralia.com
 Funded by the JH & JD Gunn Medical Research Foundation 1998 – 2002
 (This document may be reproduced with this acknowledgment retained)

Slika 2. Abbey tool opservacijska ljestvica za procjenu boli kod pacijenta oboljelih od demencije (21).

Kupiranje boli kod kardiovaskularnih bolesnika

Kardiovaskularne bolesti povezane s dobi (iznad 50 g.) su veliki javnozdravstveni problem. Uznapredovale srčane bolesti kao srčana insuficijencija veliko su opterećenje za zdravstveni sustav i jedan od vođenih uzroka smrti i hospitalizacije u svijetu (22). Liječenje je kompleksno

jer se s dobi kardiovaskularnim bolestima često pridružuju i druge kronične bolesti koje se napretkom medicine, tehnike i farmakologije danas uspješno drže pod kontrolom. Palijativna skrb kod takvih bolesnika je važan faktor u kvaliteti života. Bol kod kardiovaskularnih bolesnika može biti različitog karaktera, a u njenom prepoznavanju diplomirana medicinska sestra kardiološkog smjera ima veliku ulogu. Bol može biti posljedica edema, ishemije (IM), akutne stenokardije, angine pectoris, i sl. Kao dio tima u bolnici je stalno uz bolesnika, i educirana je za prepoznavanje različitih vrsta boli povezanih sa srcem i krvnim žilama, te pravodobno reagiranje za kupiranje istih. Na sekundarnoj i tercijarnoj razini uz medikamentoznu terapiju prvostupnice sestrinstva i diplomirane medicinske sestre su educirane za monitoring pacijenata, ergometriju, postavljanje holtera, EKG-a, UZV-srca (koje liječnik očitava). Sestra prepoznaje simptome pogoršanja bolesti, komunicira i surađuje s liječnicima i ostatkom tima, vodi opsežnu dokumentaciju. Kod medikamentozne terapije je važno da sestra prepozna nuspojave opioida koji se u manjim dozama daju bolesnicima jer ne utječu na rad bubrega i stvaranje edema, pa time ne opterećuju rad srca. Isto tako sestra mora paziti na nestreoidne antireumatike koji su kontraindicirani kod zadnjih stadija kardiovaskularnih bolesti (bolesnici ih sami ponekad kriomice uzimaju ili im obitelj daje na svoju ruku). Stoga je važna sestrinska edukacija obitelji/skrbnika i samog bolesnika o bolesti, terapiji i načinu da se ostatak života provede koliko je moguće kvalitetno i sa što manje boli.

Kupiranje boli kod reumatoloških bolesnika

Reumatološke bolesti (reumatoidni artritis, psorijatički artritis, ankilozantni spondilitis) od kojih je glavni predstavnik reumatoidni artritis, su sustavne, kronične autoimune bolesti nepoznatog uzroka (23). Kronična bol je kod reumatoidnog artritisa bolesti glavno obilježje, i značajno utječe na i fizičko funkcioniranje i psihosocijalno stanje bolesnika, te značajno narušava kvalitetu života. RA je specifična bolest jer je bol konstantno prisutna u manjoj ili većoj količini, stoga potrebna je prilagodba bolesnika na drugačiji stil života. Cilj liječenja boli je ublažiti ili potpuno ukloniti bol, poboljšati psihofizičko stanje bolesnika te poboljšati kvalitetu života. Procjena intenziteta boli prvi je korak u liječenju. Diplomirane medicinske sestre iz područja reumatologije u razgovoru s bolesnikom i uz pomoć općih skala (VAS) i posebno dizajniranih upitnika za procjenu boli i funkcionalnog stanja kod reumatoloških bolesnika (BASDAI, HAQ, SF-36) prikupljaju informacije o intenzitetu, jačini vrsti boli, te u dogovoru sa liječnikom primjenjuju niz odgovarajućih postupaka. Za kupiranje boli najčešće se koriste kombinacija farmakoloških i fizikalnih metoda. Od farmakoloških sredstava se koriste nesteroidni antireumatici (NSAR) koji djeluju analgetski i protuupalno, a mogu se kombinirati s

kortikosteroidima, lijekovima koji modificiraju bolest (DMARD-antimalarici, male doze citostatika itd.), biološkom terapijom, COX inhibitorima (24).

Diplomirane reumatološke sestre na svim razinama zdravstvene zaštite provode edukaciju bolesnika, obitelji/skrbnika, ali i zajednice o reumatološkim bolestima, važnosti uzimanja terapije i nuspojavama (Cushingov sindrom), samostalnoj primjeni subkutane biološke terapije kod kuće, stilu života-prilagodbi na kroničnu bolest, a kod kontrole boli nadziru i evaluiraju provedbu edukacijskih mjera od strane bolesnika i obitelji/skrbnika, vode kompletnu dokumentaciju bolesnika, te komuniciraju procjenjuju i dogovaraju daljnje potrebne korake za kontrolu boli sa ostalim članovima interdisciplinarnog tima.

Kupiranje boli kod bolesnika s dijabetesom

Dijabetes se često naziva „pošasti 21. stoljeća“, jer od njega u svijetu trenutno boluje 463 milijuna ljudi u dobi od 20 do 79 godina, a 4 milijuna ljudi godišnje umire zbog posljedica dijabetesa, i treći je vodeći uzrok smrti u svijetu. U RH je u 2020. registrirano 310.212 oboljelih, i ta brojka svakodnevno raste (25). Ujedno je i jedna od kroničnih bolesti koja je izazvana djelomično i stilom života, na nju utječe svakodnevni stres, ali se isto tako može uspješno držati pod kontrolom. Međutim kod dugogodišnjih dijabetičara sa starosti često uz dijabetes dolaze i drugi komorbiditeti, skloni su razvoju komplikacija na gotovo svim organskim sustavima, stoga ih je nužno uključiti u palijativnu skrb.

Najčešće komplikacije su dijabetička polineuropatija - bolni sindrom oštećenja perifernih živaca, i dijabetičko stopalo- oštećenje perifernih krvnih žila potkoljenice i stopala. To su izrazito bolni sindromi koji onemogućavaju normalno svakodnevno funkcioniranje i ozbiljno narušavaju kvalitetu života bolesnika, ali i obitelji. Bolni ekstremiteti su hladni, žare, mravinjaju, bol sijeva, trga, bolni su čak i na blagi dodir (24). Smanjena je inervacija i prokrvljenost, pa stradaju i mišići i tetive. Takvi bolesnici zahtijevaju posebnu skrb, i pred interdisciplinarnim timom je veliki izazov. Educirana i iskusna medicinska sestra vrši procjenu funkcionalnog statusa i potreba bolesnika, i zajedno s ostatkom tima radi plan zbrinjavanja boli. Sestra mora znati prepoznati razliku između intermitentnih klaudikacija izazvanih ugruškom i polineuropatske boli i na vrijeme obavijestiti liječnika. Kod pojave bolova i drugih simptoma sestra radi procjenu smanjenja ili gubitka osjećaja u ekstremitetu, procjenjuje koliki je osjećaj vibracija i opsega pokreta kod pomicanja stopala, pokreti i osjećaji topline u prstima, izgled stopala (cijanotičnost), pulzacije, pojava oštećenja kože, itd. Sve navedeno se bilježi i u određenim vremenskim razmacima radi ponovna procjena i evaluacija stanja i funkcije ekstremiteta. Pošto dijabetičko stopalo zbog čestih razvoja ulceracija zahtjeva kirurško zbrinjavanje timu se pridružuje i vaskularni kirurg, koji sa sestrom radi plan zbrinjavanja rane.

U timu primarne zdravstvene zaštite sestra sudjeluje u planiranju, provođenju i nadzoru raznih postupaka za smanjenje boli (T.E.N.S, fizikalna i radna terapija, nabava obloga za rane, upute i suradnja s raznim udrugama za dijabetes, ustanovama za ortopedska pomagala itd.), vrši edukaciju bolesnika i obitelji/skrbnika o terapiji za dijabetes, načinu života, prehrani, tjelesnoj aktivnosti, kontroli boli, pruža podršku.

Kupiranje boli kod onkoloških bolesnika

Procjena boli kod onkoloških bolesnika nije jednostavna, karcinomska bol se od kronične razlikuje po intenzitetu koji se stalno mijenja jer ovisi o infiltraciji tumora u stanice i tkiva i o djelovanju terapije. Karcinomsku bol je kompleksna za kupiranje zbog čestih komplikacija i nuspojava terapije i progresije same bolesti.

Postoji više vrsta kupiranja karcinomske boli, i diplomirana medicinska sestra mora za svaku od njih znati znati kako pripremiti bolesnika, primjeniti ordiniranu terapiju, ili asistirati, pratiti tijek davanja terapije i provoditi nadzor bolesnika radi eventualnih nuspojava koje prijavljuje liječniku.

Narkotici - opioidi su najčešće korišteni lijekovi u kupiranju karcinomske boli, a mogu se kombinirati s drugim lijekovima. Liječnik ordinira, a medicinska sestra primjenjuje terapiju, te mora biti dobro educirana o nuspojavama koje mogu zahvatiti razne sustave. Nuspojave na koje sestra mora obratiti pozornost su: od strane CNS-a : konfuzija, pospanost, promjene raspoloženja, depresija centra za disanje, kašalj; gastroenterološke: opstipacija, mučnina, povraćanje, bolovi u abdomenu; kardiovaskularne - najčešća je ortostatska hipotenzija; ostali česti simptomi su pojačano znojenje, retencija urina, svrbež kože, valunzi, stvaranje ovisnosti i sindromi sustezanja, nakon dužeg perioda uzimanja narkotika (26).

Prije davanja terapije medicinska sestra radi procjenu svih tjelesnih sustava radi pojave eventualnih simptoma kod bolesnika nevezano za narkotik.

U liječenju maligne boli se uz farmakološke pripravke mogu koristiti i razne druge metode koje mogu pružiti olakšanje bolesniku.

Kirurške metode liječenja maligne boli: ablacija, neurokirurški zahvati (medijalna mijelotomija, vertebroplastika), neuroliza perifernih živaca, epiduralna analgezija, implantirana neurostimulacija, blokovi živaca (periferni, femoralni, ishijadični brahijalni), intratekalna analgezija. Kombiniraju se s farmakološkim pripravcima, a pošto spadaju u invazivne metode liječenja boli, primjenjuju se kada nije moguće niti jednom drugom metodom kupirati bol (26). Medicinska sestra priprema bolesnika za zahvat psihički i fizički, nadzire bolesnika nakon

zahvata, prati funkcionalni status radi eventualnih komplikacija (parestezije, paralize, krvarenje, šok, itd.).

Fizikalne metode su suportivne metode kupiranja boli i ne zamjenjuju farmakološko liječenje: akupunktura, T.E.N.S., toplo-hladni oblozi, masaže, imobilizacije, vježbe opuštanja i sl. Medicinska sestra procjenjuje da li je bolesnik kandidat za neku od navedenih procedura i konzultira se s liječnikom o provođenju iste, te asistira i /ili provodi one koje su propisane njezinim kompetencijama.

Radioterapija se koristi kao metoda smanjenja boli kod onkoloških bolesnika jer se ciljanim zračenjem smanjuje tumorsko tkivo, bol i upala, najkorisnije je kod metastatskih bolova kostiju. Nakon zahvata sestra nadzire tretirani dio tijela i primjenjuje obloge i neutralne kreme na kožu, jer je koža nakon zračenja crvena, bolna i upaljena, prati stanje kože, i cirkulaciju (zračenje vrata).

Psihološki pristup važan je za psihološko zdravlje i stabilnost bolesnika, pomaže kod anksioznosti, napada straha i panike, depresije. Medicinska sestra koja je 24 sata uz bolesnika mora uspostaviti odnos povjerenja s njim, bolesnik joj se povjerava i/ili sama prepoznaje neke od navedenih znakova i obavještava ostale članove tima, te se na vrijeme može pružiti psihološka pomoć. Neke od metoda su hipnoza, relaksacija, progresivna mišićna relaksacija, meditacija (duhovnost), grupe potpore (bolesnici s istim dijagnozama - nisu sami), distrakcija (opuštajuća glazba, čitanje, boravak u prirodi). Navedene metode pomažu bolesnicima s malim do srednjim intenzitetom boli, važna je koncentracija bolesnika na određeni opuštajući sadržaj (26). Medicinska sestra priprema bolesnika za određenu proceduru, nadgleda, asistira, procjenjuje i bilježi uspješnost navedenog, pruža potporu bolesniku i obitelji/skrbniku.

Prilagodba životnih uvjeta

Kronične i/ili maligne bolesti iscrpljuju bolesnike, i pridonose povećanju postojeće boli. Stoga medicinska sestra educira bolesnika i obitelj/skrbnika da prilagode svakodnevne aktivnosti s ciljem smanjenja boli. Bol je jača u popodnevnom satima stoga se svakodnevna rutina treba tome prilagoditi tako da se bolesnik tada više odmara, a većinu aktivnosti provodi ujutro kada je veća razina energije i smanjena razina boli. Prilagodba prostora također doprinosi očuvanju energije pa se savjetuje da se bolesnici tuširaju i oblače u sjedećem položaju, ugrade posebni stolci i držači u tušu), korištenje pomagala za hodaње (štap, štaka, hodalica osigurati život u prizemlju (ako je moguće) ili korištenje lifta u zgradama, nabava posebnih hidrauličnih kreveta (posudionice pomagala).

Kupiranje boli kod pulmoloških bolesnika

Uznapredovali stadiji malignih i nemalignih pulmonalnih bolesti su kriteriji za palijativnu skrb. Od nemalignih bolesti najčešće su KOPB, cistična fibroza, plućna hipertenzija. Kod KOPB-a nije uvijek moguće prepoznati terminalni stadij bolesti, tako da se palijativna skrb u većini slučajeva pruža na samom kraju života (27). Inicijalnom palijativnom timu se priključuje i pulmolog koji prati bolesnika i njegove potrebe za doziranje kisika, evakuacijom izljeva i sl. Kod pulmonalnih bolesnika je cilj smanjiti bol i zaduhu i najčešći simptom koji ih prati - napadaji panike zbog nedostatka zraka. Uz nadzor pulmologa, bolesnici su pod nadzorom sestre, koja za olakšanje bolova i disanja uz farmakoterapiju nadzire i provodi i druge tehnike kao što su relaksacija, vježbe disanja (uz fizioterapeuta), optimalna oksigenacija (prati acidobazni status i pulsnu oksimetriju), ovlaživanje zraka u prostoru. Kod bolesnika koji palijativnu skrb dobivaju kod kuće patronažna sestra i palijativni tim nadziru respiratorni status bolesnika (dostupnost puls oksimetra i prijenosnog kisika), sestra educira bolesnika i obitelj/skrbnika o pravilnom korištenju kisika, inhalatora, pumpica s bronhodilatatorima, nuspojave istih (npr. CO₂ narkoza) i daje povratnu informaciju ostatku tima za lakše praćenje stanja bolesnika i eventualnim potrebama za intervencijom (27).

Uloga diplomirane medicinske sestre u koordinaciji i superviziji terapije boli kod palijativnih bolesnika

Obrazovanje medicinskih sestara na višim razinama doprinosi boljoj i učinkovitijoj zdravstvenoj skrbi za pojedince ali i zajednicu. Visokoobrazovana medicinska sestra koristi stečena znanja, vještine i kompetencije u organizaciji cjelokupnog zdravstvenog sustava tako da se kod palijativnih bolesnika u što kraćem vremenskom razdoblju na optimalan i učinkovit način postigne smanjenje boli.

Diplomirane medicinske sestre/magistre sestrinstva u kupiranju boli kod palijativnih bolesnika upravljaju vremenom, ljudskim i materijalnim resursima, sustavima podrške i kvalitete, neželjenim događajima, bave se istraživačkim radom, provode edukaciju, superviziju i delegiraju unutar svojih kompetencija na svim razinama zdravstvene zaštite i socijalne skrbi (29). Kritičko razmišljanje i poštivanje etičkog kodeksa medicinskih sestara su preduvjeti za uspješno provođenje zadanih ciljeva.

Prema *Royal College of Nurses* iz Velike Britanije, visokoobrazovane medicinske sestre imaju kompetencije iz sedam područja koja se odnose na palijativnu skrb, i kroz koja mogu provesti kupiranje boli, a primjenjiva su i u Republici Hrvatskoj.

- 1) komunikacijske vještine
- 2) osiguranje kvalitete
- 3) klinička praksa, znanja i vještine
- 4) edukacija
- 5) menadžment i vodstvo
- 6) istraživanje i razvoj
- 7) tugovanje, gubitak i žalovanje

Svako od ovih 7 područja uključuje znanje, vještine te iskustvo i ponašanje. Razvija se u 4 stupnja ovisno o stečenim kompetencijama (30).

Diplomirana medicinska sestra koordinator na primarnoj razini ima zadaću povezati sve sudionike u sustav palijativne skrbi (bolesnika, obitelj/skrbnika, LOM, patronažnu službu, njegu u kući, mobilni palijativni tim, fizioterapeute, psihologe, duhovnika, dijetetičare, socijalnu službu, razne udruge), koordinirati zdravstvenu skrb između svih razina zdravstvene zaštite i sustava socijalne skrbi. Koordinator također vodi bazu podataka za sve palijativne bolesnike, šalje tim na prvi izvid na terenu (nakon što od LOM-a i patronažne službe dobije dokumente o potrebama bolesnika- liječničko i sestrinsko otpusno pismo); organizira i komunicira s posudionicom pomagala, održava kontakte i komunikaciju svih sudionika- interdisciplinarnog tima, vodi brigu o promjeni zdravstvenog stanja bolesnika (pogoršanje boli) ažurira dotadašnje podatke i koordinira s ostalim članovima tima koje postupke treba provesti za učinkovito smanjenje boli.

Diplomirana medicinska sestra koordinator na sekundarnoj i tercijarnoj razini upravlja, nadzire i koordinira zdravstvenom njegom bolesnika, educira, delegira i upravlja zdravstvenim osobljem prema kompetencijama, brine u materijalnim resursima i planiranju daljnje skrbi za bolesnika do otpusta, posreduje u komunikaciji između primarne zdravstvene zaštite i stacionarne zdravstvene zaštite (hospiciji, toplice, i sl.).

Diplomirana medicinska sestra u patronažnoj službi najčeće prva dolazi u doticaj s pacijentom nakon otpusta iz bolnice ili druge stacionarne ustanove te njen posao zahtjeva specifična znanja vještine i iskustvo. Po dolasku u kućni posjet patronažna sestra procjenjuje uvjete za provođenje palijativne skrbi (prostorni, higijenski, pomagala); kvalitetu obiteljskih odnosa (da li su obitelj/skrbnik psihofizički i financijski u mogućnosti/spremni brinuti o palijativnom bolesniku), educirati obitelj/skrbnika i uputiti ih u njihova prava i obveze; želja i odluka bolesnika da sam odluči gdje želi provesti ostatak života (kognitivni status); fizički pregled bolesnika i dokumentacije i izrada plana zdravstvene skrbi i plana zbrinjavanja boli koje predstavlja ostatku interdisciplinarnog tima i s njima odlučuje o optimalnom provođenju istog. U narednim

posjetima koji moraju biti unutar 14 dana od prvog, patronažna sestra mora napraviti evaluaciju kontrole boli i zbrinjavanja bolesnika i dati povratnu informaciju ostatku tima (31).

Diplomirana medicinska sestra u mobilnom timu zajedno s liječnikom daje potporu bolesniku i obitelji/skrbniku onda kada to ostatak interdisciplinarnog tima iz određenih razloga (specifični zahvati za olakšanje boli, vremenski rok) nije u mogućnosti pružiti. Nakon intervencije i pružene pomoći u olakšanju bola, dokumentacija se dijeli s ostatkom tima, tako da svi sudionici mogu imati uvid u intervencije za smanjenje boli (npr. pleuralna punkcija i promjena doze opijatnog flastera kod bolesnika s karcinomom pluća), i praćenja stanja bolesnika.

Delegiranje u kupiranju boli kod palijativnih bolesnika

Delegiranje u sestrinstvu označava proces prijenosa zadataka, zaduženja i ovlasti vođe tima (diplomirane medicinske sestre) ostalim članovima. Delegiranje je jedna od kompetencija koju je diplomirana medicinska sestra ovlaštena provoditi; ono se uči i usavršava, uvjeti su dvosmjerna komunikacije između članova tima, postojanje znanja sposobnosti i spremnosti da se određeni zadatak izvrši. Prije delegiranja treba znati jasno odrediti odgovornost i zaduženja svih članova tima, odrediti vremenski rok za određivanje zadataka i povratnu informaciju-izvještaj (32). Delegiranje u palijativnoj skrbi-kontroli boli se odnosi na izradu plana postavljanje jasnih i realnih ciljeva za smanjenje boli u najkraćem vremenskom roku; planiranje unaprijed i obavještavanje tima o koracima koji slijede; raspoređivanje ljudskih i materijalnih resursa (koordinator unutar tima) podjela ciljanih zadataka, i evaluacija kroz sastanke članova tima na kojima se podnosi izvještaj i planiraju daljnji koraci. Problemi u delegiranju koji se mogu javiti, a diplomirana medicinska sestra ih je ovlaštena i dužna riješiti su: nedostatak komunikacije unutar tima, nejasna podjela zadataka, loše upravljanje materijalnim resursima, previše dokumentacije, loše upravljanje vremenom (brzina izvršenja zadatka u kupiranju boli je vrlo bitna), nerealni ciljevi (33). Delegiranje u palijativnoj skrbi je zahtjevan posao koji fizički, psihički i emotivno iscrpljuje sve članove tima, pa osoba koja delegira mora prepoznati znakove preopterećenja kod svojih kolega, pohvaliti zajedničke napore svih članova tima, i prepoznati situacije kada im treba odmor ili dodatna pomoć za svladavanje zadataka.

Timski rad u kupiranju boli kod palijativnih bolesnika

Definicija timskog rada Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) glasi: „*Timski rad pretpostavlja rad više stručnjaka na postizanju zajedničkog cilja. Taj rad ne smije biti fragmentiran i nepovezan već dobro koordiniran voditeljem tima*“. Timski rad u palijativnoj skrbi je interdisciplinarni timski rad, a njegovo obilježje je suradnja, povezanost, usklađenost i interaktivno djelovanje članova različitih profesija iz područja zdravstva, socijalne skrbi i opće zajednice u ostvarenju zajedničkog cilja (28). U takvom timu su svi članovi ravnopravni i njihovo je mišljenje jednako vrijedno. Palijativni bolesnik je osnovni član tima, njegovu inicijalnu skrb provodi LOM, a ostali članovi tima su patronažna služba, mobilni palijativni tim, duhovnik, dijetetičar, stomatolog, psiholog, socijalni radnik, fizioterapeut, obitelj/skrbnik. Sve zajedno koordinira koordinator za palijativnu skrb-medicinska sestra prvostupnica sestrinstva, diplomirana medicinska sestra ili magistra sestrinstva koja je prošla edukaciju iz palijativne medicine i skrbi (28). Nakon otpusta iz bolnice otpusno pismo i sestrijsko otpusno pismo bi se trebalo unutar 24h. dostaviti LOM i patronažnoj sestri, koju nakon konzultacije LOM šalje u kućni posjet bolesniku. Nakon obavljenog posjeta u kojoj sestra prikuplja podatke o bolesniku i obitelji/skrbniku, pregledom utvrđuje bolesnikove fizičke, psihološke socijalne i duhovne potrebe, po potrebi komunicira s odjelnom sestrom zdravstvene ustanove gdje je do otpusta bolesnik boravio te sve dokumentira u obrazac „izvješće/plan patronažne sestre – produženje zdravstvene njege u kući osigurane osobe“ (28). Izvještaj predaje LOM i nakon konzultacije o potrebama bolesnika s članovima tima koordinira i dogovara daljnje postupke. U kupiranju boli kod palijativnih bolesnika svi članovi tima imaju svoje zadatke. Nakon što bolesnik izjavi da je u bolovima, ili obitelj/skrbnik odnosno medicinska sestra zdravstvene njege u kući primijete da ga boli, kontaktiraju LOM koji odlazi u kućni posjet ili u posjet šalje patronažnu sestru. Ona vrši procjenu boli i šalje LOM povratnu informaciju, te se s koordinatorom tima dogovaraju o daljnjim postupcima za liječenje boli. Ako se npr. radi o muškom bolesniku s tumorom prostate, a sestra utvrdi da bol dolazi zbog začepljenja katetera zbog slabe hidracije, koordinator zove palijativni mobilni tim da se promjeni kateter, napravi UZV mjehura i putem infuzije rehidrira pacijent. Patronažna sestra utvrđuje uzroke slabe hidracije i planira daljnje mjere za rehidraciju bolesnika (postavljanje NG sonde, infuzije itd.) Provodi se dodatna edukacija obitelji/skrbnika o prepoznavanju dehidracije, provjerava se koji analgetik pacijent koristi a možda utječe na slabije izlučivanje urina, dijetetičar evaluira i modificira prehranu. Nakon provedenih intervencija medicinska sestra kućne njege vrši pojačanu higijenu okoline katetera i nadzire količinu i sediment urina, patronažna sestra pojačano nadzire pacijenta i o promjenama obavještava tim. Da bi interdisciplinarni tim funkcionirao preduvjet je uspostava povjerenja s bolesnikom i članovima obitelji/skrbnikom, poštivanje privatnosti, prava bolesnika na odluku i izbor o skrbi na kraju života, uvažavanje bolesnikovih vjerskih uvjerenja, vođenje tima

moralnim i etičkim načelima za dobrobit bolesnika. Potrebe za palijativnim timovima u RH su velike, i postojeći nisu dovoljni da pokriju sve više rastuće potrebe za palijativnom skrbi. Nužno je povećati broj timova, povećati određeni kadar unutar tima (medicinske sestre, fizioterapeuti), unaprijediti komunikaciju i suradnju većim brojem sastanaka članova tima, educirati širu zajednicu o postojanju i dostupnosti palijativnih timova.

ZAKLJUČAK

Skrb za palijativne bolesnike je veliki izazov za medicinsku sestru koji zahtjeva aktivnu, promišljenu i dugotrajnu skrb, a krajnji rezultat cjelokupne palijativne skrbi ne vodi izlječenju bolesti, nego olakšavanju mnogobrojnih simptoma i neminovnoj smrti bolesnika.

Palijativna skrb mora obuhvatiti sve aspekte života bolesnika (psihički, fizički, socijalni, duhovni), kontinuirano pratiti i bilježiti sve bolesnikove probleme i simptome (osobito bol), i držati ih pod kontrolom kako bi se kvaliteta života očuvala što je duže moguće.

Bol je prevladavajući simptom u posljednjem stadiju palijativnih bolesti, bilo da se radi o kroničnoj ili malignoj etiologiji. Terapija boli mora biti jedan od ključnih elemenata u palijativnoj skrbi, bol mora biti na vrijeme prepoznata, te brzo i učinkovito eliminirana ili kupirana tako da se bolesniku olakša svakodnevno funkcioniranje. Bol se može kupirati na različite načine ovisno o dijagnozi i vrsti boli, a kao najčešći simptom u kroničnim i malignim bolestima uz fizičku ima i veliku psihološku komponentu u skrbi za palijativne bolesnike. Bolesnik koji je pod velikim stresom, u strahu, anksiozan, depresivan sigurno će iskusiti višu razinu boli. Zato se u pristupu liječenja boli palijativnim bolesnicima ali i obitelji/skrbniku mora odmah omogućiti psihosocijalna potpora, da bi se lakše nosili s teretom neizlječive bolesti.

Edukacija medicinskih sestara iz područja palijativne medicine i njege na razini preddiplomskih i diplomskih studija je izrazito bitna, jer su znanje i iskustvo važni saveznici u palijativnoj skrbi, a naročito u kupiranju boli. Diplomirana medicinska sestra ima potrebno znanje i kompetencije, a kroz svoj rad i iskustvo potrebno da pravovremeno prepozna reagira i pomogne bolesniku s kroničnom boli. Ona je također edukator, koordinator i supervizor na svim razinama i aspektima zdravstvene skrbi, u ovom slučaju kontrole boli (bolesnik/obitelj/skrbnik/zajednica).

Interdisciplinarni timski rad je okosnica uspješne palijativne skrbi na svim razinama zdravstvene zaštite, i kao takvog ga je potrebno kontinuirano profesionalno unaprijeđivati novim znanjima i vještinama; diplomirana medicinska sestra kao dio tog tima sa svojom razinom profesionalnog znanja, komunikacijskih vještina i kompetencija doprinosi uspješnosti tima u pružanju optimalne skrbi palijativnim bolesnicima. Bol je sastavni dio života, i samo dobrom organizacijom palijativne skrbi, dobrom suradnjom, komunikacijom i edukacijom svih članova tima, a naročito diplomiranih medicinskih sestara možemo i moramo težiti njenom smanjenju i/ili eliminaciji kako bi našim bolesnicima olakšali zadnje mjeseci i dane života i održali optimalnu kvalitetu do samog kraja.

Zahvala

Zahvaljujem svojim mentoricama prof. dr. sc. Ani Borovečki i dr. sc. Marijani Ljubić na stručnim savjetima i pomoći prilikom izrade ovog rada, mojoj obitelji i prijateljima koji su me podržavali i „gurali dalje“, i na kraju mom suprugu Marku bez čije podrške i nesebične ljubavi ovaj studij za mene ne bi bio moguć.

Literatura

1. Lončar Z., Katić M., Jureša V., i sur. Palijativna skrb u zajednici. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
2. WHO, Palliative care, Key facts. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (pristupljeno 01.09.2020.)
3. Tenodi Maraković J. Zdravstvena njega umirućih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno Veleučilište; 2012.
4. Jušić A.: Hospicijski pokret u Hrvatskoj. Liječničke novine. 2006; 48, travanj, 65-90
5. Ministarstvo zdravstva, 2012. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. Dostupno na: www.zdravstvo.hr (pristupljeno 24.07.2020.)
6. Strong J, Unruh A.M, Wright A, Baxter D.G. Pain: a Textbook for Therapists. London: Churchill Livingstone; 2002.
7. Guyton, A.G. Medicinska fiziologija. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga; 1998.
8. Pavlic-Bermanec Š. Mogućnosti liječenja kronične boli. Diplomski rad: MEF; 2014. Dostupno na : <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:512447> (pristupljeno 18.07.2020.)
9. IASP. International Association for the Study of Pain Taxonomy. Dostupno na: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698> (pristupljeno: 10.7.2020.)
10. Gamulin S, Marušić M i sur. Patofiziologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2002.
11. Braš M. Đorđević V.(ur.) Suvremene spoznaje iz palijativne medicine. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
12. Haley W.E, Larson D.G, Kasl-Godley J, Neimeyer R.A. Roles for Psychologists in End-of-life Care: Emerging Models of Practice. Prof. Psychol. Res Prac. 2003.
13. Holt M. The Health Care Blog [Internet]. San Francisco: Matthew Holt. 2003 Oct. Dostupno na: http://www.thehealthcareblog.com/the_health_care_blog/. (pristupljeno 12.08.2020.)
14. Priest H. Uvod u psihološku njegu u sestrinstvu i zdravstvenim strukama. Zagreb: Naklada Slap; 2014.
15. Skevington S.M. Psychology of pain. Chichester, UK:Wiley & Sons Ltd; 1995.
16. Horn S, Munafo M. Health psychology, Pain: Theory, research and intervention. Buckingham, UK:Open university press; 1997.Dostupno na: <http://www.hdlb.org/publikacije/publikacije-za-zdravstvene-djelatnike/smjernice-za-lijecenje-karcinomske-boli-odraslih-3/> (pristupljeno 19.09.2020)
17. Concord Orthopaedics. A patients guide to medication: Approach to chronic pain. Dostupno na: <https://www.concordortho.com/patient-resources/patient-education/topic/eeb17d844459b3adc6ce05a5f1559f42> (pristupljeno 11.10.2020.)

18. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancerpain in adults and adolescents. Dostupno na:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279700/9789241550390-eng.pdf>
(pristupljeno 21.09.2020.)
19. Abbey J. 2007. The Abbey Pain Scale, for meausrement of pain in patientes who cannot verbalise. Imperial College. Dostupno na:
www.bcf.nhs.uk/does/19354_8582738196.pdf.(pristupljeno: 14.12.2020.)
20. Zwakhalen S., Hamers J., Abu-Saad H.H., Berger M. 2006. Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. BMC Geriatric. Dostupno na:
<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-6-3> (pristupljeno: 14.12.2020.)
21. Abbey Pain Scale. Dostupno na: https://www.researchgate.net/figure/Abbey-Pain-Scale-From-Abbey-J-et-al-The-Abbey-pain-scale-a-1-minute-numerical_fig1_26874962 (pristupljeno 15.01.2021.)
22. Adler ED, Goldfinger JZ, Kalman J, Park ME, Meier DE. Palliative care in the treatment of advanced heart failure. *Circulation*. 2009;120(25): 2597-606.
23. Grubišić, Frane. "Kvaliteta života i kronična koštano-mišićna bol." *Reumatizam*, vol. 59, br. 2, 2012, str. 203-204. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/124120>.
(pristupljeno 26.01.2021.)
24. Cerovec M. Upalne i degenerativne reumatske bolesti. Pliva zdravlje. Dostupno na:
<https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/32146/Upalne-i-degenerativne-reumatske-bolesti.html> (pristupljeno 11.02.2021.)
25. HZJZ. Dijabetes. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-koordinaciju-i-provodenje-programa-i-projekata-za-prevenciju-kronicnih-nezaraznih-bolest/dijabetes/> (pristupljeno 16.02.2021.)
26. Fishman SM, Copenhaver D, Mongoven JM, Lorenzen K, Schlingmann E, Young HM. Cancer Pain Treatment and Management: An Interprofessional Learning Module for Prelicensure Health Professional Students. *MedEdPORTAL* 8265.10953. Dostupno na: [PubMed ID: 32934978](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32934978/) (pristupljeno 22.02.2021.)
27. Katić M. (2014) Timski rad u obiteljskoj medicini u zbrinjavanju bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti. Dostupno na:
www.hdod.net/rad_drustva/Timski_rad_u_OM_2014.pdf (pristupljeno 16. svibanj 2021.)
28. Minić V. Timski rad u palijativnoj skrbi u domu bolesnika. Diplomski rad: MEF; 2016. Dostupno na : <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:252555>. (Pristupljeno 11.04.2021.)

29. Zakon o sestriinstvu Republike hrvatske 2011. g. Dostupno na:
<https://www.zakon.hr/z/407/Zakon-o-sestrinstvu> (pristupljeno 15.04.2021.)
30. Royal College of Nursing. A framework for nurses working in specialist palliative care: Competencies Project. London: RCN Publications, 2002.
31. Katić M, Bergman Marković b, Vinter Repalust N. Palijativna skrb u obiteljskoj medicini. Medix 2016; XXI: 314-318
32. Divjak T. Delegiranje- potreba ili hir. Dostupno na : <http://www.zdrav-zivot.com.hr/izdanja/alergije-na-sunce/delegiranje-potreba-ili-hir/> (pristupljeno 30.04.2021.)
33. Gavran-Galić M. Upravljanje vremenom u sestriinskoj praksi. Diplomski rad: Medicinski fakultet Osijek; 2016. Dostupno na:
<https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:574214> (pristupljeno 15.05.2021.)
34. Ospina MB, Taenzer P, Rashiq S. i sur. A systematic review of the effectiveness of knowledge translation interventions for chronic noncancer pain management. 2013; 18:129-141. Dostupno na: www.amcp.org (pristupljeno 19.05.2021.)
35. Braš M, Milunović V, Đorđević V. Principi palijativne medicine. Neurologia croatica.2011;60:101-106.

Životopis

Ime: Julijana

Prezime: Tenodi Maraković

Datum rođenja: 18.07.1981.

Državljanstvo: Hrvatsko

Spol: Žensko

Adresa: Poljane 48, Zagreb

Telefon: 091/2524-301

E-mail: juji.tenodi@gmail.com

Stečeno zvanje: Prvostupnica sestrinstva; Zdravstveno Veleučilište Zagreb

Radno mjesto: Stomatološka poliklinika Zagreb

Naobrazba:

1996.- 2001. – Škola za medicinske sestre „Vinogradska“, Zagreb

2009.- 2012. – Dodiplomski studij sestrinstva „Zdravstveno veleučilište“, Zagreb

2018. – Sveučilišni diplomski studij sestrinstva, „Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet“, Zagreb

Stručna i edukacijska djelatnost:

od 2020. Stomatološka poliklinika Zagreb, Odjel za endodonciju s restaurativnom stomatologijom, oralnu medicinu i parodontologiju

Od 2008.-2020. KBC Zagreb, Klinika za unutarnje bolesti, Zavod za kliničku imunologiju i reumatologiju

Od 2015. - 2018. KBC Zagreb, Glavna sestra odjela Reumatologije pri Zavodu za kliničku imunologiju i reumatologiju

Od 2013-2015. KBC Zagreb, Voditelj smjene na odjelu Imunologije pri Zavodu za kliničku imunologiju i reumatologiju

Od 2006.-2008. DZ Istok-Zagreb, Stomatološka ordinacija Dr. Igor Radionov, medicinska sestra

2006. DZ Centar, stomatološka ordinacija Dr. Gordana Kurelac, medicinska sestra

2004.-2005. Klinika za dječje bolesti Klaićeva, Zavod za dječju anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu

2003.- 2004. DZ Istok, pedijatrijaska ambulanta Dr. Blaženka Seunik-Sambolek, medicinska sestra

Dodatne stručne aktivnosti:

Od 2015.-2017g. obavljana dužnost Tajnice „Hrvatske Udruge zdravstvenih profesionalaca u reumatologiji i rehabilitaciji –Labud“, ujedino sa i jedna od suosnivača Udruge.

Od 2015-2017. obavljana dužnost Tajnice Reumatološkog društva HUMS-a,

Od 2013-2017. članica organizacijskog odbora Edukacijskih tečajeva navedenog Društva

Publikacije:

Tenodi Maraković J. Zdravstvena njega oboljelih od vaskulitisa.Reumatizam.2013;60(2):158.

Tenodi Maraković J. Uloga medicinske sestre u edukaciji oboljelih od reumatoloških bolesti.Reumatizam.2015;62:164.

Tenodi Maraković J. Utjecaj suradljivosti bolesnika na ishod liječenja.U: Stazić M. Zbornik radova i sažetaka. 22. Stručni skup medicinskih sestara i tehničara intenzivne skrbi s međunarodnim sudjelovanjem.Brijuni.2017

Barbarić V, Tenodi Maraković J. Poster-Povijest društva medicinskih sestara,tehničara i fizioterapeuta u reumatologiji i rehabilitaciji. HUMS. 2015

6th Agora Conference in Zagreb, Croatia, 22-24 September 2017.

predavač: „Nurses role in education of patients with rheumatic diseases - a personalized approach“