"Uloga medicinske sestre u tretiranju boli kod palijativnih pacijenata"

Marić, Čede

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Dubrovnik / Sveučilište u Dubrovniku**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:155:020129

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**



Repository / Repozitorij:

Repository of the University of Dubrovnik

zir.nsk.hr

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU

ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE

PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

ČEDE MARIĆ

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U TRETIRANJU BOLI KOD PALIJATIVNIH PACIJENATA

THE ROLE OF NURSE IN PAIN MANAGEMENT WITH PALLIATIVE PATIENTS

ZAVRŠNI RAD

DUBROVNIK, 2017.

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU

ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE

PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U TRETIRANJU BOLI KOD PALIJATIVNIH PACIJENATA

THE ROLE OF NURSE IN PAIN MANAGEMENT WITH PALLIATIVE PATIENTS

ZAVRŠNI RAD

KANDIDAT: ČEDE MARIĆ

MENTOR: SANJA ZORANIĆ, dipl. med. techn

DUBROVNIK, 2017.

Zahvaljujem se neizmjerno mentorici Sanji Zoranić, dipl. med. techn, Vedrani Iveti dipl. med. tech te Doc. dr. sc. Dubravki Bartolek Hamp dr.med. na savijetima, preporukama i korekcijama tijekom izrade rada te na njihovoj dostupnosti i razumijevnju.
Također hvala mojim roditeljima koji su vjerovali u mene, sinu koji me je hrabrio te svim prijteljima na beskrajnoj podršci.
Zahvaljujem se predivnoj skupini ispitanika koji su mi poklonili svoje vrijeme prilikom provođenja ankete i upotpunili izradu rada.

Sadržaj

1. Sažetak 5
   1.1 Summary 6
2. Uvod 7
   2.1 Povijest palijativne medicine 7
   2.2 Palijativna medicina 7
   2.3 Interdisciplinarni tim palijativne skrbi 10
   2.4 Medicinska etika u palijativnoj skrbi 11
3. Bol 12
   3.1 Procjena boli 12
   3.2 Jednodimenzionalne ljestvice 13
   3.3 Maligna bol 14
   3.4 Farmakološko liječenje boli 15
   3.5 Nefarmakološke metode liječenja karcinomske boli 17
   3.6 Bol kroz stoljeća 17
4. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi 19
   4.1 Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju onkoloških pacijenata 19
   4.2 Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi 19
   4.3 Intervencije medicinske sestre u palijativnoj skrbi 20
   4.4 Inrervencije medicinske sestre uz umirućeg pacijenta 23
5. Cilj rada 27
6. Ispitanici i metode 28
7. Rezultati 29
8. Rasprava 35
9. Zaključak 36
   9.1 Povelja prava umiruće osobe 37
10. Literatura 38
11. Prilozi: 39

1. Sažetak

„Bol je neugodno emocionalno i osjetno iskustvo povezano s trenutačnom ili prijetećom ozljedom tkiva ili iskustvo opisano u kontekstu takve ozljede“ službena je definicija boli Međunarodnog udruženja za istraživanje boli prihvaćena od strane Svjetske zdravstvene organizacije.

Bol je najčešći problem zbog kojeg se ljudi javljaju liječniku, ali i najčešći simptom koji ukazuje na početak ili bolest samu. Uz strah, bol je evolucijski najstarija reakcija organizma na bilo kakav atak ili destrukciju. Bol je subjektivan osjećaj. Kako ne postoje dvije jednake osobe tako ne postoje dvije jednake reakcije na bol te ju nije jednostavno mjeriti. Uzroci mogu biti fizički, psihički, socijalni i duhovni. Teško je uspoređivati biološki nastalu bol s emocionalnom, socijalnom ili duhovnom, ali sve one uzrokuju patnju. Bol predstavlja dominantan javnozdravstveni problem u kojem bol u palijativnoj skrbi ima osobiti značaj, a uloga medicinske sestre neprocjenjivu vrijednost.

Osnovno ljudsko pravo čovjeka je oslobađanje od boli i patnje jer nitko ne bi trebao trpjeti u tišini ili umirati u bolovima. Suvremena znanost i klinička praksa omogućili su znatno smanjenje boli i patnju koja ona nosi sa sobom te time otvorili vrata suvremenim osnovama razvoja palijativne skrbi.

KLJUČNE RIJEČI: Palijativna medicina, bol, maligna bol, analgezija, uloga medicinske sestre

1.1 Summary

"Pain is an unpleasant emotional experience linked with an instant or threatening tissue injury experience described in the context of that injury" is the official definition of pain given by The International Association for the Study of Pain and accepted by The World Health Organization.

Pain is the commonest problem that makes people visit their doctors as well as the most frequent symptom that indicates the beginning of illness or illness itself. Together with fear, pain is evolutionally the oldest reaction of organism to any attack or destruction. Pain is subjective feeling and thus it is not easy to measure it. As there are no two identical persons there are no two identical reactions to pain. The causes of pain may be psychological, physical, social and mental. It is hard to compare the biological pain with emotional, psychological or mental pain but nevertheless all the causes result in suffering. Pain presents dominant community health care problem in which the palliative care has an important significance and the role of a nurse is of a priceless value.

The basic human right is the release of pain and suffering as no one should suffer in silence or die in pain. Modern science and clinical practice have provided considerate reduction of pain and suffering no matter aetiology and therefore the door to the development of contemporary palliative principles has been opened.

KEY WORDS: palliative medicine, pain, malignus pain, analgesia, the role of a nurse

2. Uvod

2.1 Povijest palijativne medicine

Naziv palijativan (lat. palliativus“) označava privremeno prikrivanje ili ublažavanje vanjskih znakova bolesti u pacijenata sa uznapredovalom osnovnom bolesti kod kojih se uzrok bolesti kao i njeno napredovanje ne može spriječiti. Odnosi se na bolest u periodu od postavljanja dijagnoze do same smrti pacijenta . Hospicij na latinskom jeziku označava dobrodošlicu, gostoljublje pruženo strancu, noćište, konak. Od vremena srednjeg vijeka ovaj naziv označavao je mjesto gdje su se mogli skloniti, bolesni, nemoćni i siromašni. Ovakve ustanove nastajale su pod okriljem kršćanstva. Kršćanstvo donosi jedan sasvim novi stav prema nemoćnima, starijima i gladnima. Začetnik hospicijskog pokreta u Europi je gospođa Dame Cicely Mary Saunders. Rođena u Hertfordshiru u Engleskoj 1918.g. Još kao medicinska sestra je primjetila potrebu za posebnom njegom pacijenata u terminalnoj fazi bolesti. Dodatnom edukacijom postaje liječnica te se aktivno uključuje u promicanje potrebe za palijativnom skrbi teško oboljelih pacijenata. Na tom polju je održavala niz predavanja, napisala puno članaka i knjiga o palijativnoj medicini. Radila je u hospiciju St. Josepha, gdje je proučavala kontrolu boli kod uznapredovale maligne bolesti, svojim ustrajnim radom i maksimalnim angažmanom, dala je snažan poticaj za osnivanje hospicijskog centra Sv.Christopher u Londonu 1967.g. koji je postao jedan od najvećih edukacijskih centara za palijativnu skrb. Dame Cicely Mary Saunders se s pravom naziva pionirom palijativne skrbi u Europi. (1)

2.2 Palijativna medicina

Palijativna medicina je potpuna briga za pacijenta čija bolest više ne reagira na postojeće liječenje (SZO). Potpuna briga podrazumjeva psihološku, duhovnu i medicinsku skrb. Medicinska skrb se odnosi na kontrolu boli i simptoma koji olakšavaju pacijentove patnje i održavanje kvalitete preostalog dijela života. Ona pacijentima omogućuje da svoj život završe dostojanstveno. Temeljna filozofija palijativne medicine u tome da na umiranje gleda kao na zadnju etapu života u kojoj umirući ima pravo na puni život i to život dostojan čovjeka.

Palijativna skrb bazira se na pravilima palijativne medicine te je usmjereno na ublažavanje subjektivnih simptoma jer se bolest više ne može liječiti. Bazu palijativne skrbi čini timski rad i koordinacija unutar tima koji čine njegovatelji, liječnik, medicinska sestra, socijalni radnik, psiholog i duhovnik. Pacijent i njegova obitelj u središtu su cijelog tima. Cilj liječenja je olakšati otežane životne funkcije i poboljšati kvalitetu života dostojnog čovjeka a ne produljivati život pod svaku cijenu.

Liječenje boli jedno je od temeljnih i najvažnijih palijativnih liječenja. Liječenje se odnosi na liječenje totalne boli, racionalna primjena analgetika i pravilan izbor doze, vremena i puta unosa lijeka. Totalnu bol definirala je Dame Cicley Saundres, definirana je četirima odrednicama a to je fizička, emocionalna, socijana i egzistencijalna. (Tablica 1.) SZO 1986. Lansirao je geslo „bolesni od karcinoma ne smiju trpjeti bol“ što je imalo za posljedicu povećanu medicinsku potrošnju morfina te ga je samim tim vratilo na prvo mjesto u liječenju karcinomske boli.

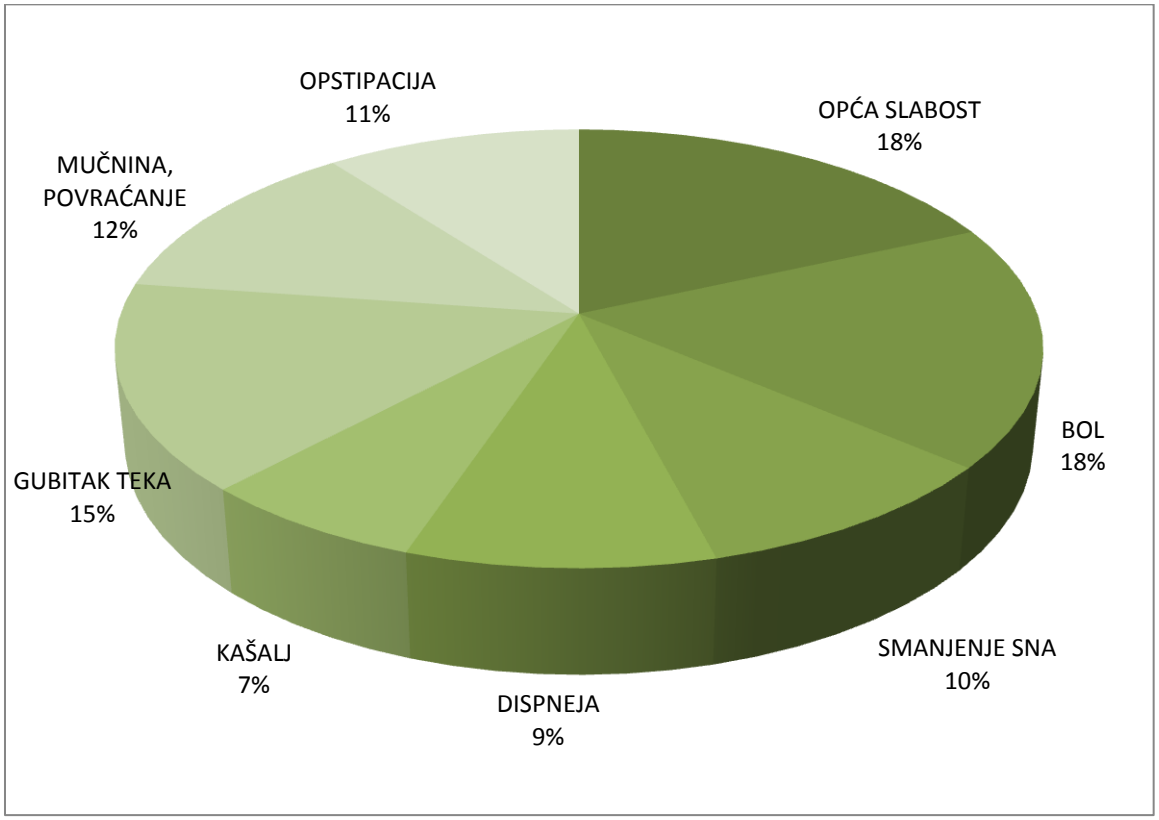
TOTALNA BOL	
Vrsta boli	**Značajke**
Fizička	tupa, upalna, grčevita, neuralgijska
Emocionalna	anksioznost, depresija
Socijalna	gubitak identiteta, tjelesnosti, prijatelja, samokontrole
Egzistencijana	briga, strah od smrti

Tablica 1. Značajke totalne boli

Proglas SZO donesen 1990. Sadržava osnovna pravila postupanja u završnoj fazi života pacijenta čijom primjenom se čuva njegovo dostojanstvo, a ne produžuje patnja.

1. Poznavati dinamiku boli
2. Sve zabrane uraditi tako da pacijent ne pati
3. Liječenje prilagoditi prema pacijentovom zahtjevu i dovesti ga u što bolje stanje
4. Poznavati djelotvornost analgetika da bi mogao odrediti najmanju djelotvornu dozu koja će ukloniti bol da pri tom ne ugrozi pacijenta

Osim uklanjanja boli koji je jedan od osnovnih zadataka potrebno je baviti se i pratećim neželjenim učincima primijenjenih analgetika, a najčešći su mučnina, povraćanje, kašalj i dispneja. (Graf 1.) (2)



Graf 1. Najčešći simptomi u terminalnoj fazi bolesti

2.3 Interdisciplinarni tim palijativne skrbi

„Interdisciplinarni tim je definiran kao tim visokokvalificiranih, dobro obrazovanih stručnjaka i volontera koji rade zajedno u cilju riješavanja fizioloških, psiholoških, socijalnih i duhovnih potreba pacijenata i obitelji u smislu suočavanja s bolešću i gubitkom. „ (3) Osnovne značajke timskog rada jesu zajednički cilj, razumijevanje uloge svakog pojedinca i njegove odgovornosti u timskom radu te otvorena i adekvatna komunikacija između članova tima. Palijativna skrb jest ekvivalent 24-satnoj skrbi, zahtijeva angažman stručnjaka različitih profila, njihovu stalnu suradnju i konzultacije, a učinkovitost provođenja skrbi ovisi o jedinstvenom djelovanju u mobiliziranju životnih potencijala pacijenta i obitelji. Snaga interdisciplinarnog timskog rada jest u uspješnoj komunikaciji, međusobnom povjerenju, kompetentnosti članova tima, ravnopravnoj ulozi i zajedničkom radu na realizaciji ciljeva. Interdisciplinarni rad zahtijeva posebne ljudske i profesionalne kvalitete te predanost timskom radu. Osnovni cilj palijativne skrbi jest ublažavanje i rješavanje simptoma kako bi se osigurala kvaliteta života pacijenta, poticalo samozbrinjavanje i očuvalo dostojanstvo pacijenta. Ublažavanje simptoma zahtijeva znanje i vještine o menadžmentu boli i nizu drugih intervencija. Svaka osoba je više od fizičkog entiteta i manifestacija simptoma u terminalnom stadiju bolesti reflektira se na fizičko, socijalno, emocionalno i duhovno stanje. Umiranje i patnja navode pacijenta na razmišljanje o smislu života, sustavu vrijednosti, životnim ciljevima i njihovom značenju. Zadaća je tima da pomogne pacijentu u reintegraciji sustava vrijednosti jer u zadnjoj životnoj fazi mnogi pacijenti dosegnu visoku razinu psihičke zrelosti i život poprima jednu drugu dimenziju. Interdisciplinarni pristup je nužan kakao bi se pacijentima i njihovim obiteljima pomoglo pri prolasku kroz te brze promjene. Potiče se komunikacija na svim relacijama, u obitelji, između pacijenta i članova tima, između pacijenta, obitelji i članova tima i između samih članova tima. Slaba, nedostatna komunikacija kod pacijenta i njegove obitelji može uzrokovati više boli i patnje nego bilo koji problem. Oblici podrške obitelji uključuju grupe samo pomoći i pomoći, kao i specijalizirane savjetnike iz područja žalovanja. U cijelom procesu palijativne skrbi ne smije se zanemariti duhovni aspekt skrbi, ne samo religijski aspekt nego i pitanja o značenju iskustva neizlječive bolesti, ovisnosti o drugima i gubitka bližnjeg. (3)

2.4 Medicinska etika u palijativnoj skrbi

Oduvijek se smatralo da je medicinska profesija vještina koja mora počivati na temeljima visoke stručnosti i vladanje medicinskom znanošću te se ogleda u načelu humanosti i visoke etičnosti koja krasi zdravstvenu struku. Medicinska znanost udružena s napretkom tehnologije pridonijela je produljenju ljudskog života, no istodobno s time razvila je neku novu problematiku vezanu uz smrt i umiranje. Pomoć liječnika i ostalog zdravstvenog osoblja tražio je čovjek još od samih početaka medicine, jer strah od smrti postoji od davnina.

Hipokrat je prvi u svojoj prisezi izrekao kako nikome neće makar ga za to i zamolio, dati smrtonosni otrov, niti će mu za njega dati savjet. Do sada iskustva govore da molbe umirućih pacijenata nisu želja za ubojstvom, već prosvjed protiv nedovoljne pažnje. Umirućim pacijentima treba pomoći da što kvalitetnije provedu posljednje dane života i dostojanstveno dočekaju smrt. Sve veće razumijevanje psihosocijalnih i duhovnih potreba umirućih pacijentima u kombinaciji s napretkom medicinskih i farmaceutskih dostignuća utrli su put razvoju palijativne skrbi. (4)

Ljudi danas žive duže, udio starijih od 65 godina je visok. Kako u Hrvatskoj tako i u Europskoj uniji sve više ljudi umire od teških kroničnih bolesti i potrebna im je upravo palijativna skrb.

Palijativna skrb za djecu s neizlječivim bolestima posebno je područje.
Temelj palijativne skrbi je u obiteljskoj medicini i upravo je medicinska sestra stup palijativne skrbi. Medicinska sestra je najbliže pacijentu, ona je najdulje s njim i njena vještina u komunikaciji, njena pristojnost, njeno suosjećanje s osobom u patnji, njeno znanje i privrženost pacijentu, pridonose boljoj kvaliteti života pacijenta, pridonose vrijednosti života. Dugo i polako se razvijala palijativna skrb u Hrvatskoj.

3. Bol

Iskustvo boli nastaje u mozgu kao krajnji rezultat sustava obrade informacija s periferije. Uobičajeni opis osjetnog sustava započinje perifernim receptorima, nastavlja se nizom živaca i živčanih putova te konačno završava u mozgu. Podražaj perifernih receptora ne mora nužno uzrokovati bol. Ti su podražaji samo karakteristični obrasci živčanih signala koji tek nakon obrade mogu, ali i ne moraju, uzrokovati bolno iskustvo. Ulazak osjetnih informacija s periferije organizma nadziru, biraju i oblikuju čimbenici poput kulture, iskustva, straha, iščekivanja, tjeskobe i brojni drugi, što objašnjava činjenicu da ljudi mogu različito reagirati na isti bolni podražaj.

Ključni receptori koji registriraju štetne podražaje iz okoline zovu se nociceptori. Oni omogućuju stanici da osjeti i prilagodi se okolini. Da bi mogli obavljati tu funkciju, nociceptori moraju imati visoki prag i moraju reagirati samo na podražaje koji mogu izazvati oštećenje tkiva. Primarna osjetna (aferentna) vlakna smještena u perifernim živcima glavni su put osjetnih informacija iz periferije prema kralježničnoj moždini. Ta vlakna inerviraju kožu i sve unutrašnje organe, uključujući i kost. Informacije o ozljedi stižu u mozak brojnim uzlaznim putovima koji se razlikuju po polazištima, organizaciji i ciljnim područjima velikog mozga. Ti uzlazni putovi završavaju u kori velikog mozga.

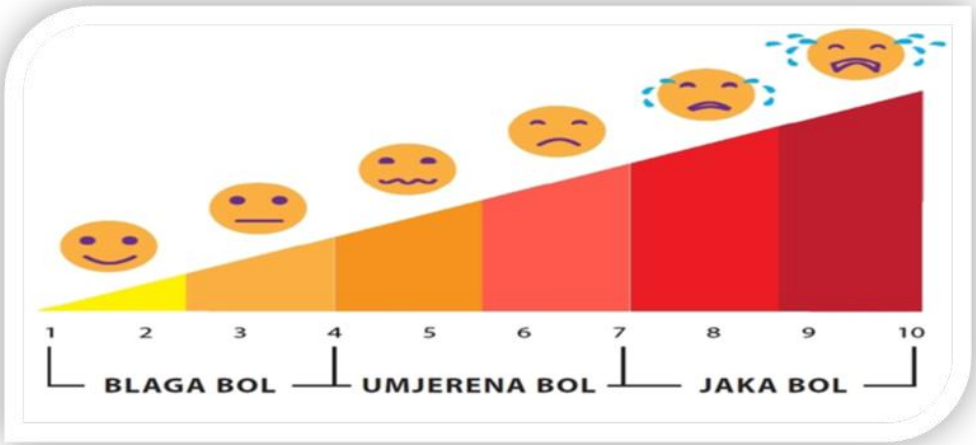
3.1 Procjena boli

Objektivno mjerenje boli ne postoji, stoga se procjena intenziteta boli temelji na doživljaju samog pacijenta. Pri procjeni važno je uzeti u obzir kulturno i socijalno okruženje pacijenta, vjeru, somatizaciju bolnih senzacija te kognitivni status pacijenta. Mjerenje intenziteta boli i dokumentiranje vrijednosti temelj su učinkovita liječenja.

Mjerenje intenziteta bolnih senzacija omogućuju jednodimenzionalne i multidimenzionalne ljestvice za određivanje intenziteta boli.

3.2 Jednodimenzionalne ljestvice

Vizualno-analogna skala (VAS) - Najčešće je u uporabi. Od pacijenta se traži da na 10 centimetara dugoj crti označi mjesto koje odgovara jačini njegove boli, nakon čega se s druge strane milimetarske ljestvice očita VAS zbroj. Pritom 0 označava da nema boli, a 10 najjaču bol. Ako je VAS zbroj 0 - 3, jačina boli ne zahtijeva analgetsku terapiju. (Slika1.)



Slika 1. Vizualno-analogna ljestvica (VAS)

Izvor: PLIVAmed.net

Od ostalih jednodimenzionalnih ljestvica postoje:

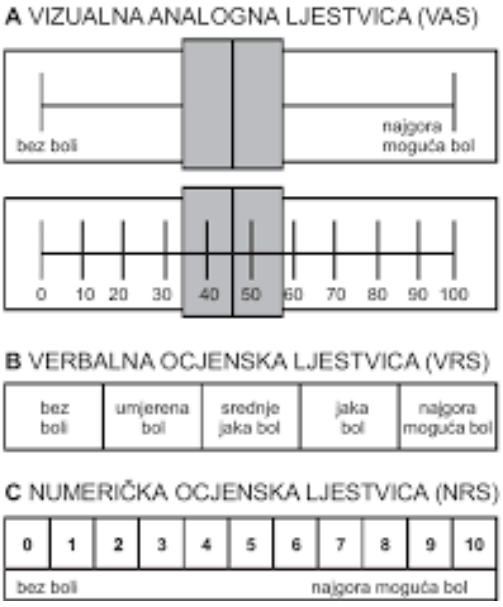
- Numerička ljestvica (Numerical Rating Scale - NRS) = intenzitet od 0 - 100
- Verbalna ljestvica s četiri točke boli (Verbal Rating Scale 4 - VRS 4) = nema boli, malo boli, mnogo boli, jako boli
- Verbalna ljestvica s pet točaka (VRS 5) = blaga bol, neugodna bol, prisutna bol, jaka bol, mučna bol. (Slika 2.)

Multidimenzionalne ljestvice - McGill Pain Questionaire najčešće je korištena multidimenzionalna ljestvica. Sastoji se od niza pitanja koja su međusobno povezana u sklopove. Primjerice:

- Gdje vas boli? - pacijent označava bolno mjesto na slici ljudskog tijela.

- Kako je jaka vaša bol? - pacijet označi jačinu boli na VAS skali.
- Brief Pain Inventory - kratki pacijentov zapis o boli.

Taj način mjerenja intenziteta boli primarno se koristi kod pacijenta s kroničnom boli malignog ili nemalignog podrijetla. pacijent označava tip analgezije (ublažavanja boli) i utjecaj boli na sposobnost obavljanja dnevnih aktivnosti. Procjenjujući jačinu boli, ujedno se procjenjuje i učinkovitost primijenjene analgetske terapije.



Slika 2. Numeriče i verbalne skale za procijenu boli.

Izvor: Vaše zdravlje

3.3 Maligna bol

Priopćenje dijagnoze maligne bolesti jedna je od najtežih dijaloga između liječnika i pacijenta te njegove obitelji, praćena je društevnim predrasudama te izaziva veliki strah u pacijenta i u njegovoj obitelji. Moderne dijagnostičke metode, usavršavanje kirurške i radioterapijske tehnike te novi citostatici omogućili su duže preživljavanje te je tako karcinom postao kronična bolest. Produženje života dovodi i do produženja trpljenja stresnih simptoma uzrokovnih karcinomom. Bol je najučestaliji i najneugodniji simptom koji se javlja u pacijenta s malignom bolesti. Prema statističkim podacima Američkog društva za tumore

(ACS) 50-70% ljudi s malignom bolesti ima određeni stupanj boli koji se povisuje s napredovanjem bolesti. Incidencija boli u uznapredovalom stadiju karcinoma iznosi 80% , kada se toj boli pribroji bol uzrokovana dijagnostičko-terapijskim postupcima evidentno je koliko svaki pacijent s malignom bolesti trpi bol. Unatoč smjernicama za liječenje boli (Svijetske zdravstvene organizacije - SZO, Agency for healt care policy and research-AHCPRi radne grupe Europskog udruženja za palijativnu skrb) koji navode da je učinkovito liječenje boli moguće provesti u 70-90% pacijenata s malignom bolesti ono se nedostatno provodi u 40% takvih pacijenata. (5) Trpljenje boli iscrpljuje pacijenta i njegovu okolinu a brzo i učinkovito liječenje boli spriječava patnju te poboljšava kvalitetu života. SZO je u postupku antitumorskog liječenja terapiju karcinomske boli postavio na četvrto mjesto, nakon prevencije, rane detekcije te uspješnog izlječenje što upozorava na njenu važnost. Postulat liječenja maligne boli temelji se na principima palijativne medicine a to je brzo i učinkovito liječenje boli. Cilj je obuhvatiti sve komponente boli od fizičke preko psihičke, socijalne i emotivne.

Karcinomska je bol nestabilna bol promjenjiva karaktera s toga se često procjenjuje. Anamneza boli obuhvaća mjesto, intenzitet, širenje i vrijeme javljanja boli, također čimbenike koji pogoršavaju ili ublažuju intenzitet boli, etiologiju, tip boli te podatke o prethodnoj analgetskoj terapiji. Procjena boli vrši se izvješćem pacijenta u dnevniku boli te pomoću VAS-a. Upitnici za bol, Wisconsin Brief Pain Questionnaire, McGill Pain skala, davaju uvid u tip i stupanj boli ali također i u kvalitetu života, rijetko se koriste u rutinskoj praksi. Kada su ispitanici djeca ili oboljeli koji ne mogu iskazati stupanj boli koriste se skale s izrazima lica poput Wong- Bakerine skale. Prilikom pregleda potrebno je obratiti pozornost na fizičke znakove poput zauzimanja prisilnog položaja, izraz lica te znojenje. Na percepciju boli znatno utječe anksioznost i depresija. Pacijenti s malignom bolesti skloni su njekanju ili smanjenju količine boli koju trpe većinom iz razloga straha od mogućnosti proširenja maligne bolesti. Pažljivo uzeta anamneza boli put je prema ispravno postavljenoj kliničkoj dijagnozi.

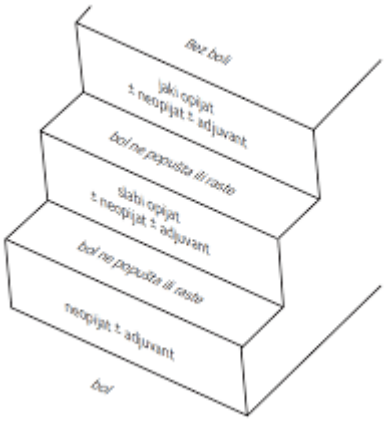
3.4 Farmakološko liječenje boli

Farmakoterapija uključuje parenteralnu i ne-parenteralnu primjenu analgetika te invazivne postupke ublažavanje boli.

I stupanj liječenja boli- VAS do 4 boda – tada se preporučuju neopioidni i adjuvantni lijekovi. Neopioidni lijekovi su antipiretici i nesteroidni protupalni lijekovi.

II. stupanj boli – VAS od 4 do 7 boda - - preporučuju se lijekovi iz prvog stupnja uz dodatak slabih opioida poput kodeina, dihidrokodeina.

III. stupanj boli – VAS od 7 do 10 boda – za liječenje boli potrebna je uporaba jakih opijata poput metadona,fentanila, morphina, hidromorphina te lijekove iz prethodna dva stupnja. (Slika 3.)



Slika 3. Algoritam liječenja karcinomske boli –trostupanjska analgoljestvica Svijetska zdravstvena organizacija (SZO)

Izvor: PLIVAnet.hr

Princip liječenja prema modelu „trostupanjske analgoljestvice“ uključuje oralno davanje lijekova kad god je moguće u pravilnim intervalima i unos prema redu navedom u analgoljestvici. Cilj kod liječenja karcinomske boli je postići što niži Vas uz minimalne nuspojave te poboljšanje kvalitete života.

Novim saznanjima analgoljestvici se dodala četvrta „intervencijska“ stuba koja uključuje primjenu blokova živca, intratekalnu primjenu lijekova i ostale kirurške metode te se primjenjuje kada opioidi i drugi lijekovi ne djeluju.

Međunarodno udruženje za proučavanje bol (IASP) predložio je model „lift“ kojim se preskače ljestvica analgoljestvice ovisno prema jačini boli. Na taj se način najčešće preskače drugi stupanj te se omogućuje brža i bolja kontrola boli.

Nažalost, nijedan model nije potpuno zadovoljio sve aspekte liječenja maligne boli.

Poseban entitet u liječenju maligne boli jest probijajuća bol koja podrazumjeva tranzitornu egzarcebaciju boli koja se pojavljuje unatoč relativno dobro kontroliranoj osnovnoj boli. Takva bol po svojim karakteristikama je tranzitorna, teška i iscrpljujuća te traje od nekoliko sekundi do par sati. Liječenje probijajuće boli je individualno obzirom na karakteristike svakog pacijenta.

3.5 Nefarmakološke metode liječenja karcinomske boli

Nefarmakološke metode liječenja karcinomske boli podrazumjevaju psihosocijalne intervencije, fizikalnu terapiju, kemoterapiju, radioterapiju, anesteziološke, neurokirurške i kirurške postupke. Psihosocijane intervencije uključuju programe za liječenje boli koji se temelje na kognitivnim i bihevioralnim principima. Imaju za cilj poboljšanje fizičke, psihičke, emocionalne i socijane dimenzije osobe te poboljšanje kvalitete života i omogućuju optimalno funkcioniranje pacijenta. Fizikalna terapija se koristi za rješavanje problema smanjene pokretljivosti nepokretnih pacijenta. Radioterapija se najčešće koristi za bol uzrokovanu koštanim metastazama na način da dovodi do smanjenja tumora i manjeg lučenja kemijskih medijatora boli. Anesteziološko liječenje boli obuhvaća blokadu perifernih živaca neuromodulacijom i neurolizom, blokadom autonomnog živčanog sustava i epiduralna analgezija. (5)

3.6 Bol kroz stoljeća

Vjekovno je nastojanje ljudi da uklone bol različitim postupcima i drogama. Primjerice, primjena električnih šokova u liječenju boli stoljećima je sačuvala svoj značaj. Opijum, beladona, konoplja i alkohol također se stoljećima primjenjuju kao glavni analgetici.

Dugo je problem boli bio u granicama filozofije. Za Aristotela (384 g. prije Krista) je predstavljala emociju suprotnu veselju, a za Spinozu žalost omeđenu na mali dio tijela. Schweitzer smatra da je bol gora od smrti, a Orvel u knjizi "1984" navodi da ništa na svijetu nije tako gadno kao bol i da pred njom nema junaka.

U doba antičke, stare i tradicionalne medicine, bol se vrednovala vrlo visoko, na što upućuje niz zapisa iz tog vremena. Kinezi su je uklanjali pomoću akupunkture 3000 godina prije Krista. Egipćani su za paralizu živaca koristili morsku ribu torpedo marmorata koja posjeduje električni organ. Za Galena je uklanjanje boli bilo dar Božji. Lord Buda nije želio kraljevstvo, ni ženu ni djecu, ali je želio uklanjanje boli kod onih koji trpe.

Na prijelazu iz 18. u 19. stoljeće bol i njezino liječenje bili su neopravdano zapostavljeni. To je razdoblje obilježeno velikim napretkom u tehničkim i medicinskim znanostima. Zahvaljujući pronalascima Volte, Guerickea i Faradaya, nastupa moderna faza primjene elektriciteta u medicini i razvijaju se visoko sofisticirani dijagnostički i terapijski postupci. Pozornost se usmjerava na nove metode dijagnostike i terapije, a istodobno se potiskuje liječenje boli, jer se smatra da je riječ o simptomu koji će nestati pravilnim liječenjem osnovne bolesti.

U prvoj polovici 20. stoljeća, zahvaljujući razvoju medicinskih znanosti, dolazi do novih spoznaja o patomehanizmu nastanka boli. Ronald Melzack i Patrick D. Wall postavljaju teoriju ulaznih vrata (Gate control theory), otkriveni su opijatni receptori i oligopeptidi (endorfini i enkefalini). Spoznaje se da je bol bolest uzrokovana psihosomatskim poremećajem, koja se može i mora liječiti i da njezino liječenje zahtijeva multidisciplinarni i organizirani pristup.

4. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi

„Uloga medicinske sestre je pružanje pomoći pojedincu, bolesnom ili zdravom u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju,oporavku ili mirnoj smrti , a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu,volju ili znanje.” (Henderson,1966.) (6)

4.1 Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju onkoloških pacijenata

Sestrinske intervencije kod onkološkog pacijenta nužne su i potrebne u svim fazama bolesti, od akutne faze do terminalne bolesti. Sestrinske intervencije vezane su i uz edukaciju pacijenta i obitelji, a nadasve su važne u palijativnoj skrbi. Sestra uključuje pacijenta u terapijski postupak, educira ga u smislu zdravstvene njege, prva uočava novonastale simptome ili pogoršanje simptoma u onkološkog pacijenta i prva komunicira s obitelji. Onkološke medicinske sestre moraju odlikovati visoka stručnost, moralne kvalitete i visok stupanj empatije za pacijenta i njegovu obitelj.Onkološki pacijenti često imaju poremećaje pamćenja, usporeni su u psihomotornim aktivnostima i teže se izražavaju. Uz smanjenje sposobnosti organizacije svakodnevnog života takvi simptomi su karakteristični za kognitivnu disfunkciju. Takva stanja bitno narušavaju kvalitetu života pacijenta jer utječu na svakodnevni rad i interakciju s obitelji, njegovateljima i općenito socijalnom sredinom. Dijagnostički postupci, antitumorska terapija te drugi komorbiditeti, kao i psihološko stanje pacijenta, dodatno mogu utjecati na pogoršanje kognitivnih funkcija. Najjači učinak na kognitivne funkcije onkoloških pacijenata ima anemija.Uloga medicinske sestre je da uoči kognitivne probleme te da sudjeluje u edukaciji i pacijenta i obitelji. Važno je pacijentu naglasiti da su ti problemi odraz njegove osnovne bolesti a ne osobnosti.

4.2 Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi

Palijativna skrb ima za cilj osigurati kvalitetu života u terminalnoj fazi bolesti u kojoj ljudi teže integraciji i pomirenju. Manifestacija simptoma u terminalnom stadiju bolesti osim fizičkih uključuje socijalne, emocionalne i duhovne poteškoće. Temeljna vještina je kontrola i

ublažvanje simptoma, posebno boli, objedinjenje fizičkih, socijalnih, emocionalnih, psiholoških i duhovnih oblika pomoći sa ciljem očuvanja dostojanstva i integriteta osobe. Snaga interdisciplinarnog tima u palijativnoj skrbi je u uspješnoj komunikaciji, međusobnom povjerenju, kompetentnosti članova tima, ravnopravnoj ulozi i zajedničkom radu na realizaciji ciljeva. Osnovni cilj je ublažavanje i riješavanje simptoma kako bi se osigurala kvaliteta života, poticalo samozbrinjvanje i očuvalo dostojanstvo pacijenta. Ublažavanje simptoma zahtjeva znanje i vještine o managementu boli i ostalih intervencija. Rastućom ugroženošću života kod pacijenta dolazi do dezintegracije sustava vrijednosti, mjenjaju se potrebe i međusobni odnosi. Zadaća tima je pomoći pacijentu u reintegraciji sustava vrijedosti jer u zadnjoj životnoj fazi mnogi pacijenti dosegnu visoku razinu psihičke zrelosti te im život promjeni dimenziju. Nedostatna komunikacija kod pacijenta i obitelji može izazvati veću bol i patnju nego bilo koji drugi problem. Obitelj nije samo primalac skrbi već i aktivni sudionik jer preuzima skrb u mnogim situacijama. U procesu palijativne skrbi nezanemariv je duhovni aspekt, ne samo religijski, nego pitanja o značenju iskustva neizlječive bolesti, ovisnosti o drugima i gubitak bližnjega. (7)

4.3 Intervencije medicinske sestre u palijativnoj skrbi

Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruko je aktivni sudionk koji provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi cijelim procesom skrbi. Odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, evaluaciju, edukaciju pacijenta i obitelji, te suradnju s ostalim članovima tima. Medicinska sestra treba posjedovati vještinu modificiranja sestrinskih dijagnoza i planova zdravstvene njege u korelaciji sa pacijentovim stanjem i potrebama, uključujući i obitelj.

Razvojem teorija zdravstvene njege naglašava se važnost mirne smrti, očuvanja dostojanstva pacijenta u procesu umiranja. Jedan od principa zdravstvene njege i palijativne skrbi je da su bolest, oblik skrbi, umiranje i žalovanje jedinstvena vlastita iskustva. Poštivanjem osobitosti svakog pacijenta individualnim planom skrbi postiže se humani kontekst skrbi. Iskustvo umiranja utječe na sve čovjekove dimenzije.

Procjena stanja pacijenta je inicijalna faza procesa skrbi i točan je uvid u stanje pacijenta u trenutnoj fazi.

Prioriteti procjene:

1. Utvrditi glavne simptome, tegobe te uzroke zabrinutosti
2. Slušati što pacijent govori
3. Vjerovati u sve što je pacijent rekao

Rutinska pitanja su:

1. Kako simptomi utječu na pacijentov život?
2. Kako simptomi utječu na pacijentovu fizičku aktivnost i pokretljivost?
3. Što utječe na ublažavanje simptoma? Neka određena pozicija, aktivnost, hrana ili lijekovi?
4. Što utječe na pogoršanje simptoma?
5. Pogoršavaju li se simptomi u neko određeno vrijeme, tijekom dana, noći?

U procjeni stanja bolesnika upotrebljava se za provijeru stupnja aktivnosti ljestvica „Karnofsky“ kao bitan čimbenik u planiranju zdravstvene njege. (Tablica 2.)

Who / Karnofsky		
0	**100**	Bez simptoma, normalna aktivnost
1	**80-90**	Prisutni simptomi, uz napor održana normalna aktivnost
2	**60-70**	Prisutni simptomi, potrebna minimalna pomoć, u krevetu manje od 12 sati na dan
3	**40-50**	Prisutni simptomi, potrebna znatna omoć, u krevetu duže od 12 sati na dan
4	**20-30**	100% vezanost uz krevet, izrazita onesposobljenost

Tablica 2. Skala za procjenu stupnja aktivnosti bolesnika

Najčešće primjenjivani model zdravstvene njege terminalnih pacijenata je adaptacijski model Caliste Roy.

Roy adaptacijski model obuhvaća:

1. Orijentiran je na sposobnost osobe da se prilagodi ili prihvati promjene u svom životu.
2. Promatranje svakog pojedina koji se prilagođava na poseban način.
3. Usmjeren na ljudske potrebe koje se svrstavaju u četiri skupine a to su fiziološke potrebe, svijest tj. samoprihvaćanje uloge, funkcioniranje te podrška tj. odnosi se na obitelj i zajednicu.

Primjenjivanje Roy modela je povezivanje temeljnih načela zdravstvene njege s palijativnom skrbi.

Simptomi prisutni kod terminalnih bolesti su : bol, anoreksija, kaheksija, anksioznost, slabost, opstipacija, kašalj, delirij, demencija, depresija, dispnea, štucavica, infekcija u usnoj šupljini, mučnina, povraćanje, oštećenje kože, urinarne infekcije, opstrukcija crijeva. Ublažavanje simptoma jedan je od prioritetnih ciljeva. Bol kao simptom se može ukloniti, riješiti u potpunosti. Dispnea se obično rješava djelomično jednako kao i ostali simptomi. Kada nije moguće potpuno otklonjenje simptoma cilj skrbi je da se pacijent makne od osjećaja bespomoćnosti. Praktični savjeti i potpora važni su u postizanju cilja.

Lijekovi su glavno polazište u rješavanju mnogih simptoma. Management boli, adekvatno titriranje analgetika temeljni je princip liječenja. Karakteristike terapije lijekovima odnosi se na peroralnu primjenu kad je taj oblik moguć. Primjena terapije u točno određenim intervalima da bi se osiguralo kontinuirano ublažavanje simptoma. Doza lijeka i vrijeme primjene treba biti u skladu sa farmakološkim djelovanjem lijeka te metaboličkim stanjem pacijenta. Doze lijekova također trebaju biti dozirane da postignu maksimalnu dobrobit pacijenta uz minimalne nus pojave.

4.4 Inrervencije medicinske sestre uz umirućeg pacijenta

Cilj zdravstvene njege umirućeg pacijenta je umanjiti ili odgoditi patnju i bol, pomoći i osigurati pacijentu kvalitetan život, omogućiti održavanje dostojanstva u procesu umiranja.

Najčešće sestrinske dijagnoze:

- Bol
- Smanjena mogućnost brige o sebi u/s higijena, hranjenje, oblačenje, eliminacija
- Mučnina i povraćanje u vezi s osnovnom bolesti
- Smanjena prohodnost dišnih puteva
- Visok rizik za dekubitus
- Opstipacija
- Otežano disanje

Sestrinske dijagnoze vezane su uz napredovanje maligne bolesti, ali se javljaju kao poslijedica medikacije, sekundarnih infekcija, tjeskobe i depresije. Uz odgovarajuće terapijske mjere, provođenje zdravstvene njege usmjereno je prema riješavanju prisutnih sestrinskih dijagnoza kroz sve obuhvatnu procjenu, intervencije te evaluaciju.
Smanjeno uzimanje tekućine i hrane normalan je fiziološki proces kojim se organizam priprema za smrt. Enteralna prehrana treba biti prekinuta kada pacijent ne može više gutat. Primanje parenteralno tekućine može razviti daljnje komplikacije u posljednjim satima.

Palijativna skrb nastoji osigurati kvalitetu života do smrti, očuvati dostojanstvo života te osigurati maksimalnu skrb tijekom dvadeset četiri sata. (8)

Kronična bol je nagli ili usporeni osjetilni i čuvstveni doživljaj koji proizlazi iz stvarnih ili mogućih oštećenja tkiva bez očekivanog ili predvidljivog završetka u trajanju dužem od 6 mjeseci.

Prikupljanje podataka:	
Procjena jačine skalom boli	Podatci o prethodnim ozljedama
Prikupljanje podataka o lokalizaciji, trajanju, širenju i kvaliteti boli	Podatci o prijašnjim načinima ublažavanja boli
Podatci o vitalnim funkcijama	Procjena situacijskih činitelja
Procjena utjecaja kronične boli na socijalni život	Prikupljanje podataka o promjeni raspoloženja
Podatci o kvaliteti sna	
Kritični čimbenici:	
Maligna oboljenja	Neaktivnost
Bolesti lokomotornog sustava	Pritisak na djelove tijela
Bolesti organskih sustava	Mehaničke ozljede
Nepravilan položaj	Kemijske ozljede
	Toplinske ozljede
Vodeća obilježja:	
Pacijentova izjava o postojanju, intenzitetu, lokalizaciji i trajanju boli	Umor
Promjene u tjelesnoj težini	Smanjen socijalni kontakt
Verbalno ili neverbalno iskazivanje zaštitničkog ponašanja	Smanjena mogućnost obavljanja prijašnjih aktivnosti
Razdražljivost	Anoreksija
Nemir	Nesanica
Depresija	Ljutnja
Atrofija mišića	Strah od ozljede
Promjene u obrascu spavanja	

Mogući ciljevi:	
Pacijent neće osjećati bol	Pacijent će prepoznati čimbenike koji utječu na jačinu boli
Pacijent će na skali boli iskazati nižu razinu boli od početne	Pacijent će znati načine ublažavanja boli
Pacijent će nabrojati uzroke boli	
Intervencije:	
Izmjeriti vitalne funkcije	Poticati pacijenta na verbalizaciju osjećaja boli
Ublažavati bol na način kako je pacijent naučio	Uključiti pacijenta u planiranje dnevnih aktivnosti
Istražiti zajedno s pacijentom različite metode kontrole boli	Odvraćati pažnju od boli
Ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol	Masirati bolno područje tijela ukoliko je moguće
Primijeniti nefarmakološke postupke ublažavanja bolova	Ponovno procjenjivati bol
Ohrabriti pacijenta	Dokumentirati pacijentove procjene boli na skali boli
Objasniti pacijentu da zauzme ugodan položaj te da ga mijenja	Ukloniti uzroke koji mogu pacijentu povećati bol
Postaviti pacijenta u odgovarajući položaj, izbjegavati pritisak i napetost bolnog područja	Omogućiti pacijentu dostatan odmor
Podučiti pacijenta tehnikama relaksacije	Dokumentirati provedeno
Obavijestiti liječnika o pacijentovoj boli	Objasniti pacijentu blagotvorni učinak hladnih i toplih obloga
Primijeniti farmakološku terapiju prema pisanoj odredbi liječnika	Poticati pacijenta da provodi plan dnevnih aktivnosti u skladu sa svojim mogućnostima
Razgovarati s pacijentom o njegovim strahovima	
Ublažiti strah prisustvom i razgovorom	

Mogući ishod/evaluacija	
Pacijent ne osjeća bol	Pacijent zna prepoznati čimbenike koji utječu na razinu boli
Pacijent na skali boli iskazuje nižu razinu boli od početne	Pacijent zna načine ublažavanja boli
Pacijent zna nabrojati uzroke boli	Pacijent osjeća bol

Tablica 3. Plan zdravstvene njege pri tretiranju sestrinske dijagnoze: Kronična bol (9)

5. Cilj rada

Cilj rada je prikazati kako bol utječe na svakodnevni život onkoloških ispitanika. Kako se nose sa boli i koliko im bol utječe na raspoloženje i spavanje. Osim tih podataka istraživanje će prikazati koliko intenzitet boli uspijeva napraviti ograničenja da i dalje uživaju u stvarima u kojima su do sada uživali.

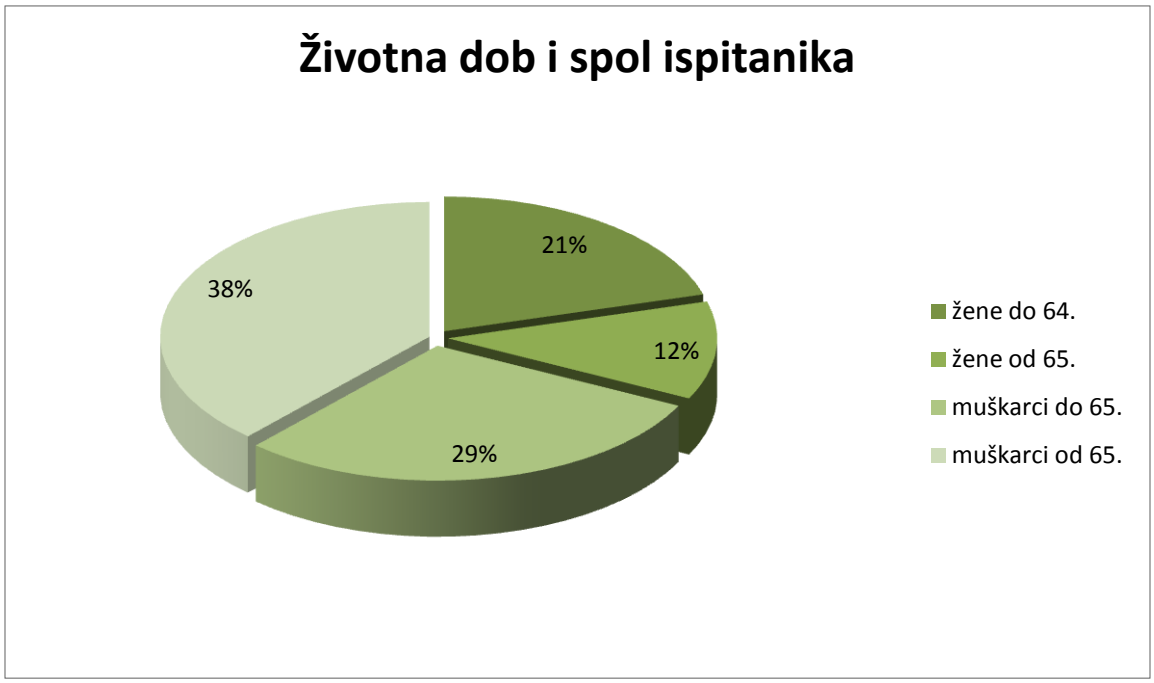
6. Ispitanici i metode

Istraživanje je provedeno prospektivno u periodu od 01. lipnja do 30. rujna 2016. Za potrebe istraživanja koristio se anketni upitnik od 11 pitanja. Anketni upitnik je obuhvatio prikaz demografskih podataka o ispitanicima te podatke o boli.

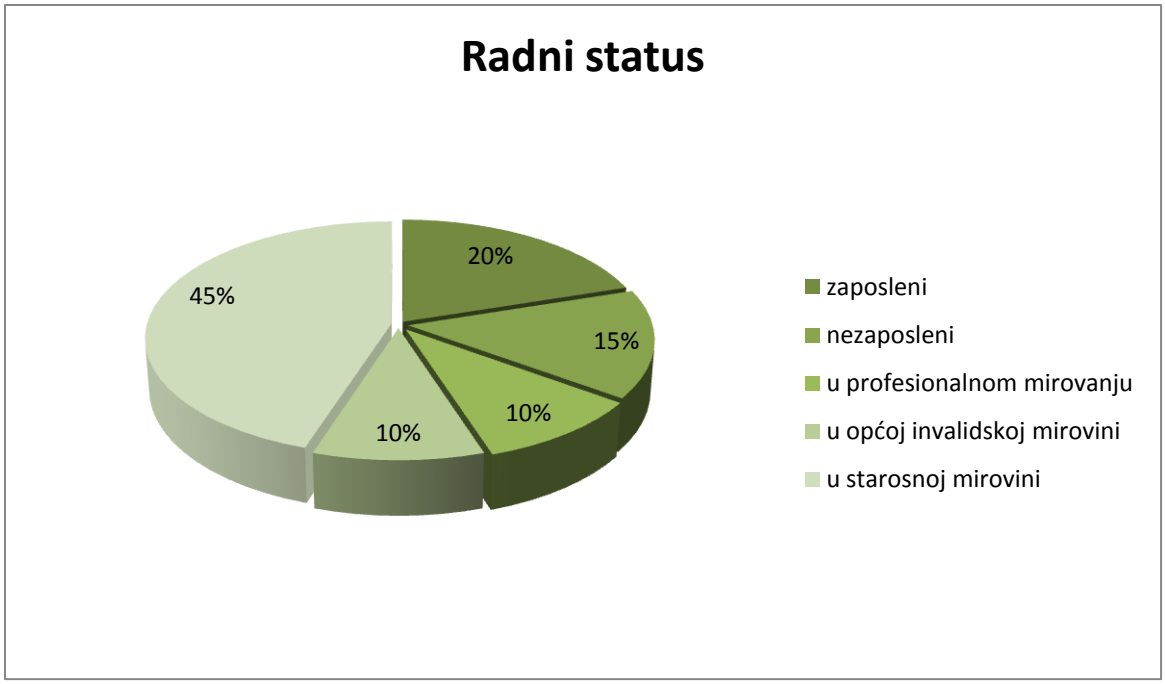
Ispitanici su bili pacijenti iz Onkološke dnevne bolnice Opće bolnice Dubrovnik. Istraživanje je provedeno na četrdeset ispitanika koji su prije pristupanja ispunjavanja anketnog upitnika bili upoznati sa smjernicama završnog rada te potpisali suglasnost za sudjelovanje u istraživanju.

7. Rezultati

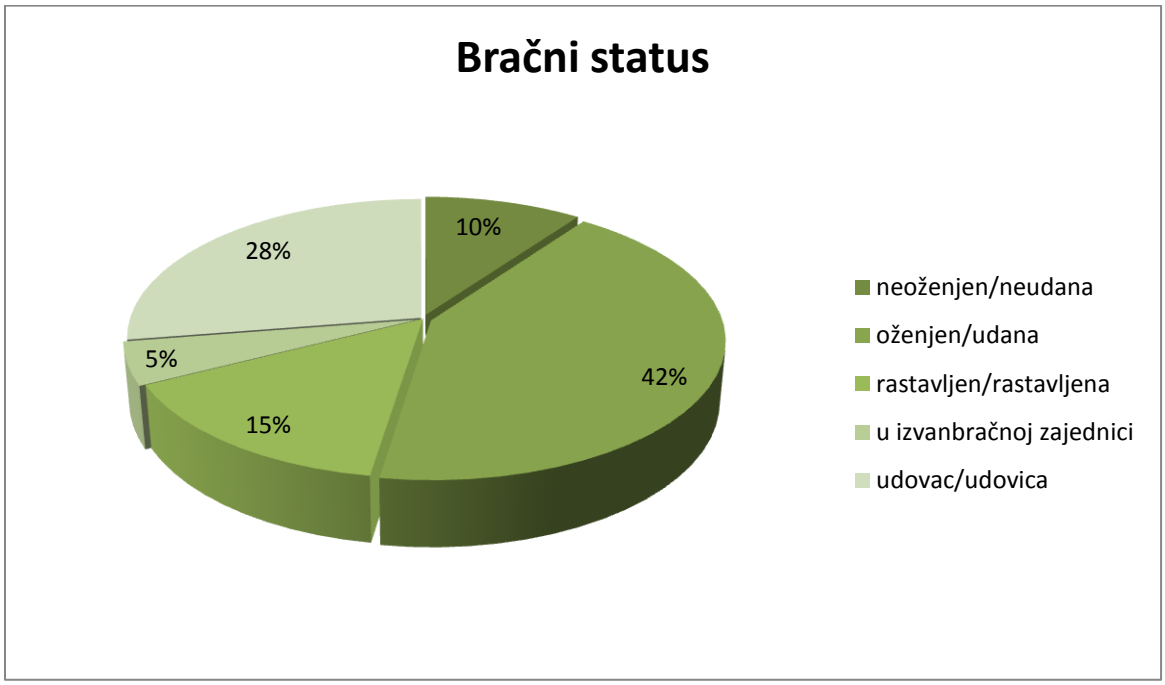
Na osnovu provedenog istraživanja dobiveni su podatci koji su prikazani grafički. Analiziran je upitnik od 11 pitanja od kojih se 5 odnosilo na demografska obilježja, a ostalih 6 se odnosi na bol.



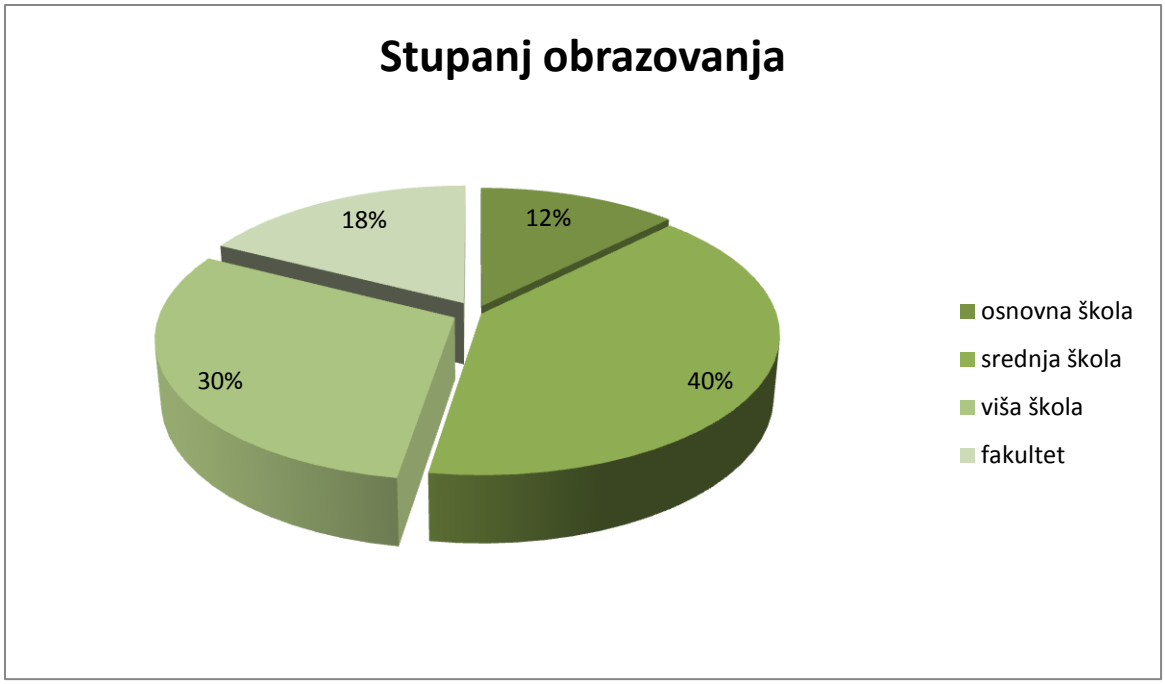
Graf 2. Iz grafa 2 je vidljivo da su među ispitanicima najzastupljeniji muškarci iznad 65 godina starosti.



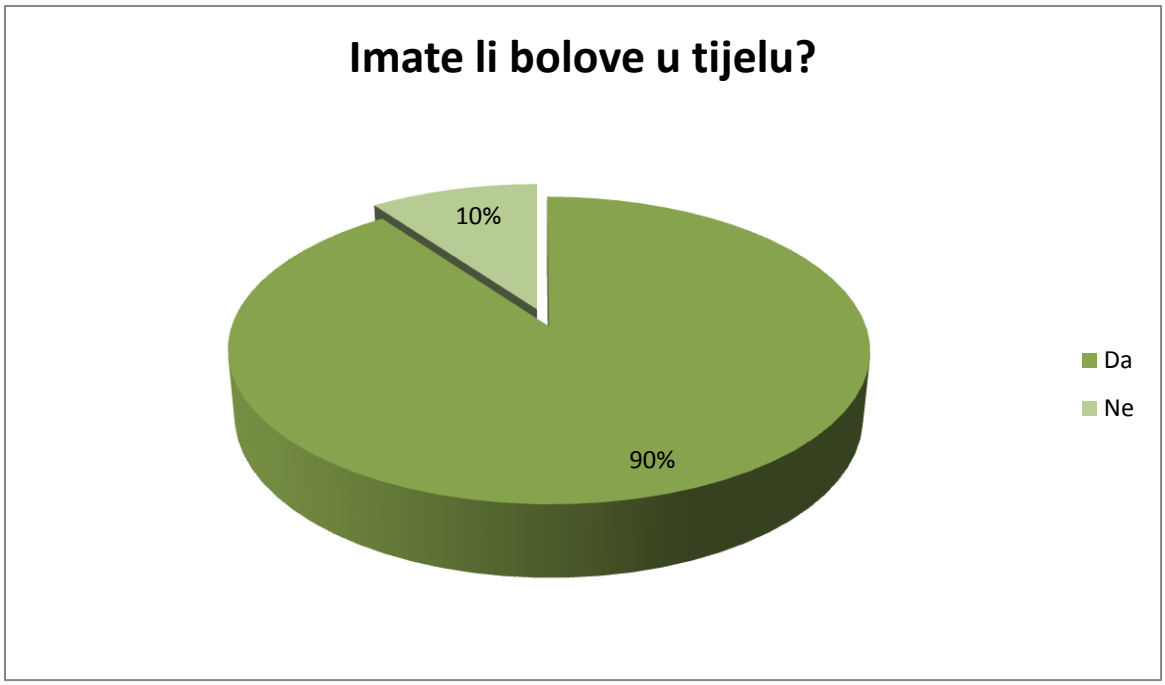
Graf 3. Pacijenti koji su pristupili anketi većinom su bili u mirovini 55% (45% u starosnoj, a 10% u invaliskoj) dok je od preostalih 45%, 15% bilo nezaposleno, a 20% zaposleno od kojih je samo 10% bilo u profesionalnom mirovanju.



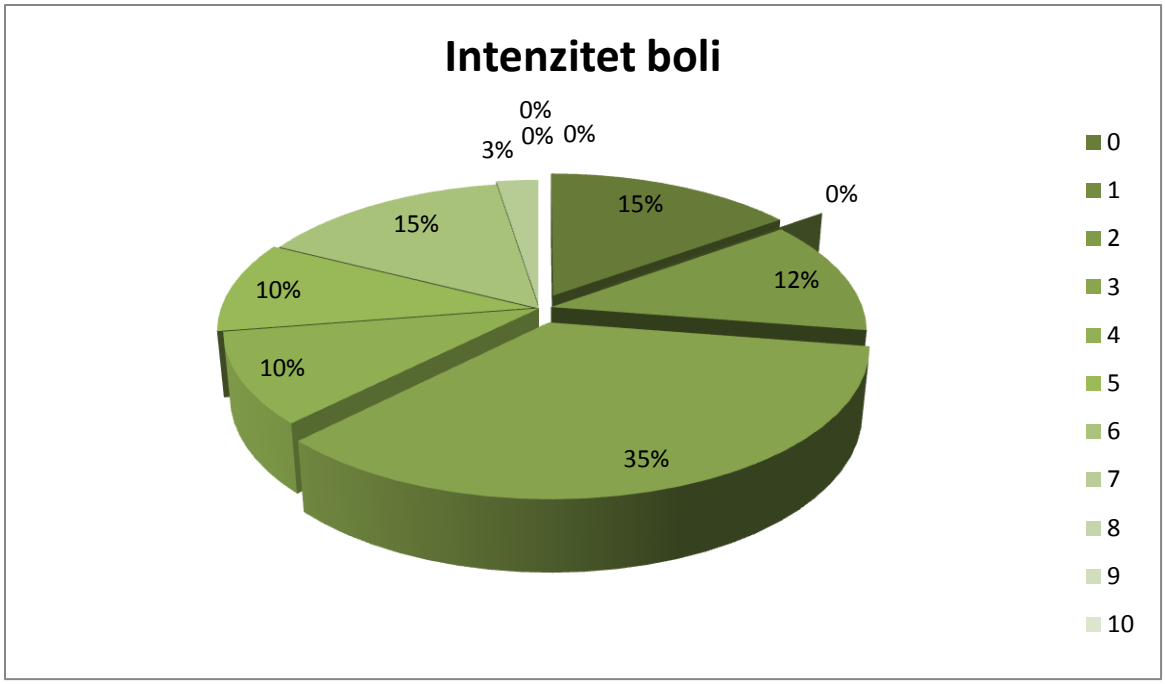
Graf 4. U grafu 4 je prikazan podatak koji prikazuje da je veći broj ispitanika bio u samačkoj (53%) nego u suživotnoj zajednici (47%).



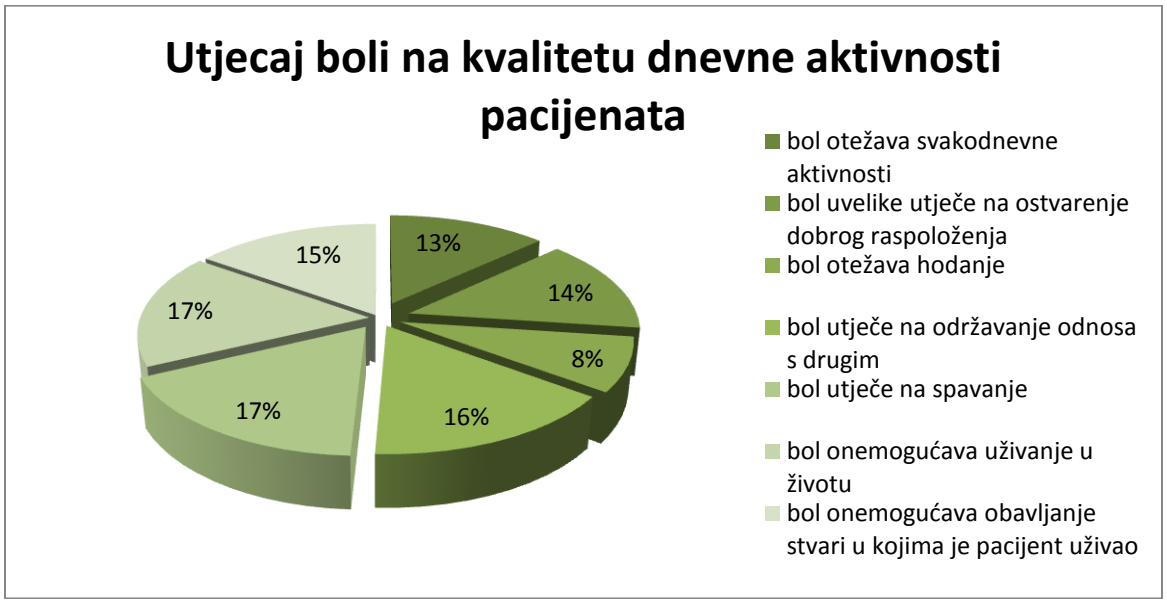
Graf 5. Iz grafa 5 je vidljivo da je među ispitanim pacijentima najveći broj srednjoškolskog stupnja obrazovanja, odnosno njih 42% .



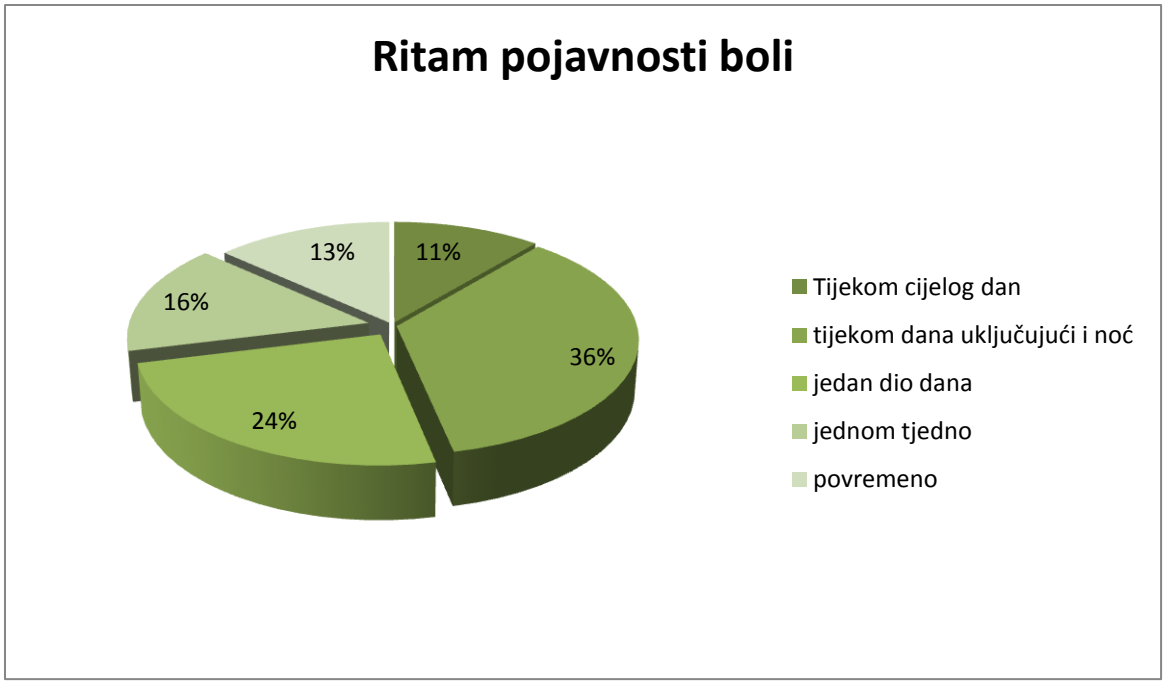
Graf 6. U grafu 6 je prikazan podatak koji utvrđuje da od svih ispitanika njih 90% osjeća bolove tijelu, dok je neznatan postotak njih 10% bio bez bolova.



Graf 7. Analizom intenziteta boli vizualno-analognom skalom (VAS) najveći broj ispitanika je zabilježen sa umjerenom boli (45%; VAS=3 i 4) koji još nisu zahtijevali terapiju opioidima. Srednje jaku bol (VAS= 5 i 6) trpjelo je 25%, a intenzivnu bol (VAS >6) 17% ispitanika koji su zahtjevali uvid i korekciju postojeće analgezije.



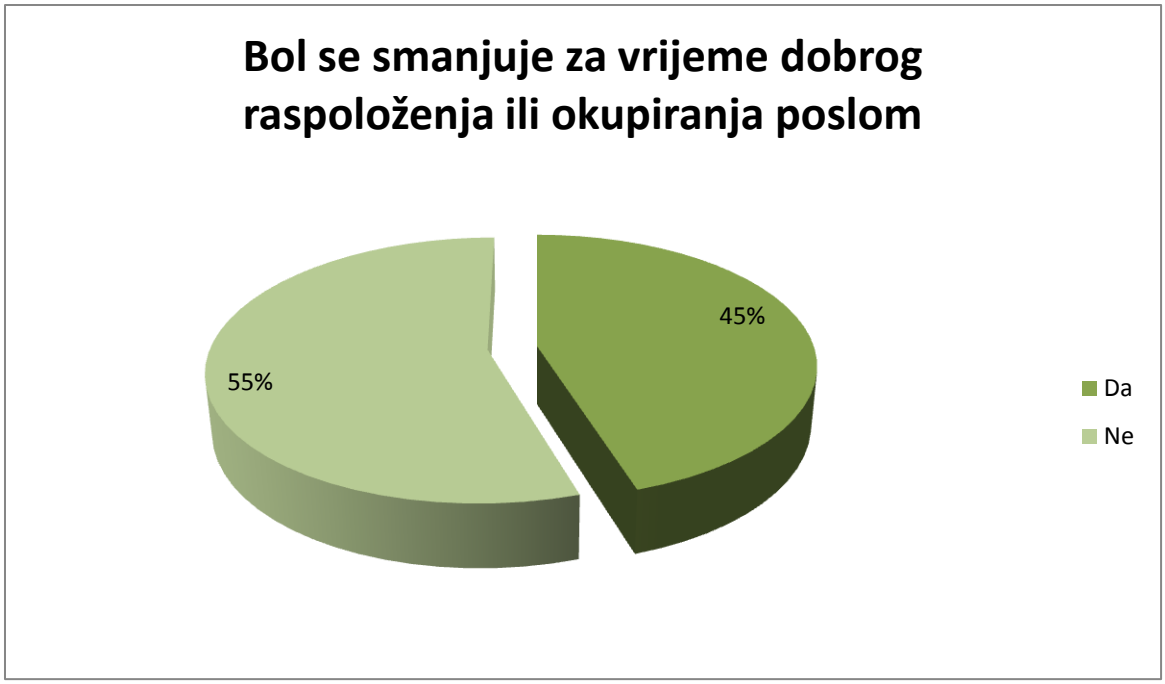
Graf 8. U grafu 8 su istaknute tvrdnje s kojima se ispitani pacijenti slažu. Stoga je vidljivo da najveći broj pacijenata njih 17% bol najviše ometa u spavanju te ih ograničava da uživaju u životu.



Graf 9. U grafu 9 vidimo da pacijenti najčešće njih 36% osjećaju bol tijekom cijelog dana uključujući i noć.



Graf 10.U grafu 10 vidimo da intenzitet boli se pojačava kada je pacijent zabrinut, napet ili potišten što je utvrđeno kod kod 70% pacijenata.



Graf 11. U grafu 11 vidimo da se bol ne smanjuje u periodu dobrog raspoloženja ili kada je okupiran nekim poslom kod 55% ispitanika.

8. Rasprava

Kroz analizu podataka vidimo da je u provedenom istraživanju sudjelovalo 40 ispitanika koji su u vrijeme tromjesečnog istraživanja dolazilo u Dnevnu onkološku bolnicu Opće bolnice Dubrovnik. Osvrtom na demografska obilježja vidljivo je da su anketi u najvećem postotku pristupili muškarci starije životne dobi njih 29%. Većina pacijenata koja je pristupila popunjavanju anketnog upitnika bila je u starosnoj mirovini i najveći broj ih je u bračnoj zajednici odnosno njih 44%. Što se tiče stupnja obrazovanja većina pacijenata je bila sa srednjoškolskim stupnjem obrazovanja.

Na osnovu dobivenih podataka utvrđeno je da se uglavnom radi o pacijentima u starijoj životnoj dobi koji su većinom u starosnoj mirovini. Najveći dio ispitanika je u bračnoj zajednici što se dokazuje kao olakotna okolnost u suočavanju sa novostalom situacijom. Većina ispitanika njih 90% je odgovorilo da osjeća bolove u tijelu, a taj podatak odgovara dosadašnjim sličnim istraživanjima kao i podatcima iz literature.(1).

Na pitanje vezano za intenzitet boli najveći broj ispitanika njih 35% je na vizualno – analognoj skali odgovorilo da je intenzitet boli 3 a to je razina koja još ne zahtijeva nužno analgetsku terapiju opioidima.(2) Na pitanja vezano za bol i svakodnevno funkcioniranje dobili smo podatak koji ukazuje da većini bol najviše ometa spavanje i da na taj način ih sprječava da uživaju u životu. Međutim i ostale tvrdnje vezane za utjecaj boli na svakodnevni život su prisutne ali u nešto manjem postotku a obzirom da su svi ispitanici odgovorili da im u nešto manjem postotku bol utječe i na odnose sa drugima, da im bol uvelike utječe na raspoloženje, te kako im bol ograničava i hodanje. Podaci koje smo dobili odgovaraju podacima iz ranijih istraživanja(7). Na pitanje vezano za vrijeme kad je bol najviše prisutna većina ispitanika njih 36% je odgovorilo da je bol prisutna tijekom dana uključujući i noć, dok je njih 25 % odgovorilo da je bol prisutna jedan dio dana. Analizom podataka na pitanje vezano je li se bol odnosno intenzitet boli povećava u situacijama zabrinutosti, napetosti ili potištenosti vidljivo je da je većina ispitanika njih 90% odgovorilo da takva stanja u velikoj mjeri utječu na intenzitet boli. Podaci o toj tvrdnji također odgovaraju podacima koji su izneseni u citiranoj literaturi(1,2). Suprotno tome na pitanje koje se odnosi kada se pacijent osjeća dobro raspoložen ili je okupiran nekim poslom 55% ispitanika je odgovorilo da takvi momenti značajno utječu na smanjenje intenziteta boli, dok njih 45% je odgovorilo da bez obzira na raspoloženje i posao koji obavljaju bol se ne smanjuje.

9. Zaključak

Među ispitanicima najveći broj su muškarci iznad 65 godina starosti. Većina ispitanika osjeća bol, 90%, od čega 35% intenziteta 3 prema VAS-u. Takav intenzitet boli najčešće ne zahtjeva analgeziju opioidima ili opijatima ali, ukoliko nije liječena također kroz prolongirani vremenski period, remeti adekvatan san i odmor i svakodnevne aktivnosti što može jednako smanjiti kvalitetu života kao i prisustvo srednje jaka i intenzivne boli. U situacijama zabrinutosti, potištenosti i napetosti bol se povećava, a za vrijeme radne okupacije ili dobrog raspoloženja povremeno se bol smanjuje.

Iz provedenog ispitivanja vidljivo je kako je bol najučestaliji simptom kod palijativnih pacijenata, te da sestra u svom radu treba poznavati fiziologiju boli, rizične čimbenike te također vješto vladati intervencijama koje smanjuju i suzbijaju porast intenziteta boli. U svom radu medicinska sestra treba imati sveobuhvatan i individualan pristup pacijentu vođena zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba.

Medicinska sestra u palijativnoj skrbi nezamjenjiv je član multidisciplinarnog tima. Odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, evaluaciju, edukaciju pacijenta i obitelji, provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi cijelim procesom skrbi.

Medicinska sestra je najbliže pacijentu, ona je najdulje s njim i njena vještina u komunikaciji, njena pristojnost, njeno suosjećanje s osobom u patnji, njeno znanje i privrženost pacijentu, pridonose boljoj kvaliteti života pacijenta, pridonose vrijednosti života.

9.1 Povelja prava umiruće osobe

- Imam pravo da se sa mnom postupa kao sa živim čovjekom dok ne umrem.
- Imam pravo zadržati nadu, kako se god mijenjalo njezino žarište.
- Imam pravo na njegu onih koji mogu održati ovu nadu.
- Imam pravo izraziti svoje osjećaje i uzbuđenja u vezi sa smrću koja se približava, na moj vlastiti način.
- Imam pravo sudjelovati u odlukama o svojoj skrbi.
- Imam pravo očekivati stalnu medicinsku i njegovateljsku pažnju, premda su se ciljevi izlječenja promijenili u ciljeve udobnosti.
- Imam pravo prije svega na oslobađanje od boli.
- Imam pravo na iskren odgovor na moja pitanja.
- Imam pravo na brižnu, osjetljivu, obrazovanu osobu, koja će nastojati razumjeti moje potrebe i kojoj će činiti zadovoljstvo pomagati mi da se suočim sa smrću.
- Imam pravo na istinu.
- Imam pravo na pomoć i za moju obitelj u prihvaćanju smrti.
- Imam pravo raspravljati i proširivati moja vjerska i/ili duhovna iskustva, što god to značilo za druge.
- Imam pravo zadržati svoju osobnost i ne biti osuđivan zbor svojih odluka, koje mogu biti suprotne stavovima drugih.
- Imam pravo umrijeti u miru i dostojanstvu.
- Imam pravo da ne umrem sam
- Imam pravo očekivati da će se poslije smrti poštivati svetost moga ljudskog tijela.

(Donovan MI i Pierce SG: Cancer Care Nursing)

10. Literatura

1. V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković, Bol, Sveučilište u Zagrebu- Medicinski fakultet, Zagreb 2014.

2. M. Jukić, V. Majerić Kogler, M. Fingler, Bol uzroci i liječenje, Medicinska naklada, Zagreb, 2011. Str. 272-276.

3. Plavi fokus, glasilo hrvatske komore medicinskih sestara, godina VI, broj 1, ISSN: 1845-8165, stručni radovi: Interdiciplinarni tim u palijativnoj skrbi, str. 32.

4. Plavi fokus, glasilo hrvatske komore medicinskih sestara, godina VI, broj 1, ISSN: 1845-8165, stručni radovi: Palijetivna medicina- spoj humanosti i etičnosti str 26.

5. Medicus, vol.23. Zagreb 2014. UDK 61 str. 93-97.

6.. N. Prlić, Zdravstvena njega- opća, Školska knjiga, 2014.

7. V. Predovan, S. Stipaničić, Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju onkoloških pacijenata, kratki pregledni članak, medicina fluminesis, vol. 51, No.3, str. 413-417

8. V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković, Osnove palijativne medicine, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.

9. Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze 2, Zagreb, 2013

11. Prilozi:

Suglasnost za sudjelovanje ispitanika u istraživanju pod nazivom:

Uloga medicinske sestre u tretiranju boli kod palijativnih bolesnika

Potvrđujem da sam dana _____ u Dubrovniku upoznat/a sa navedenim istraživačkim radom.

Razumijem da je moje sudjelovanje dragovoljno i da se iz sudjelovanja mogu povući u bilo kojem trenutku.

Želim i pristajem sudjelovati u navedenom istraživanju.

Ime i prezime ispitanika:

Vlastoručni potpis:

Mjesto i datum:

Ime i prezime voditelja istraživanja:

Vlastoručni potpis:

Mjesto i datum:

OPĆI PODACI O SUDIONIKU ISTRAŽIVANJA

1. **Dob:** _____
2. **Spol:** M Ž

3. Radni status:

a) Zaposlen
b) Nezaposlen
c) U profesionalnoj mirovini
d) U općoj invalidskoj mirovini
e) U starosnoj mirovini

4. Bračni status:

a) Neoženjen/neudana
b) Oženjen/udana
c) Rastavljen/rastavljena
d) U izvanbračnoj zajednici
e) Udovac/udovica

5. Stupanj obrazovanja

a) Osnovna škola
b) Srednja škola
c) Viša škola
d) Fakultet

6. **Imate li bolove u tijelu?** DA NE

7. Označite svoj intenzitet boli (zaokružite jedan od ponuđenih brojeva):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nema boli najgora moguća bol

8. Na sljedeće tvrdnje zaokružite jedan od ponuđenih odgovora koji se odnose na vašu bol

	Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Slažem se	Slažem se u potpunosti
Moja bol uvelike otežava moje svakodnevne aktivnosti	1	2	3	4
Moja bole uvelike utječe na ostvarenje dobrog raspoloženja	1	2	3	4
Moja bol otežava hodanje	1	2	3	4
Moja bol utječe da održavam odnose s drugim ljudima (da se družim, izlazim i sl.)	1	2	3	4
Moja bol utječe na spavanje (poteškoće sa spavanjem)	1	2	3	4
Moja bol me onemogućava da uživam u životu	1	2	3	4
Moja bol me onemogućava da obavljam stvari u kojima sam uživao	1	2	3	4

9. **Je li vaša bol prisutna:**
   a) Tijekom cijelog dana (ne uključujući noć)
   b) Tijekom cijelog dana uključujući i noć
   c) Jedan dio dana
   d) Jednom tjedno
   e) Povremeno (jednom mjesečno ili manje)

10. **Moja bol se povećava kad sam zabrinut, napet ili potišten.** DA NE

11. **Moja bol se smanjuje kad sam radostan (dobro raspoložen) ili kad sam okupiran nekim poslom.** DA NE