

VI. SIMPOZIJ O PALIJATIVNOM LIJEČENJU MALIGNE BOLI

Karlovac, 13. travanj 2002. godine

U organizaciji Hrvatskog društva za liječenje boli HLZ-a, Hrvatskog društva za hospicij/palijativnu skrb HLZ-a, Hrvatskog onkološkog društva HLZ-a, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu – Katedre za anesteziologiju i reumatologiju, te Lige protiv raka – Ogranak Karlovac dana 13. travnja o.g. u Karlovcu održan je VI. Simpozij o palijativnom liječenju maligne boli. Skup je bio namijenjen liječnicima, medicinskim sestrama, psiholozima, socijalnim radnicima, defektolozima, duhovnicima i svim ostalim stručnjacima koji rade s ljudima s bolnim simptomima.

Specifičnost ovog Simpozija je u interdisciplinarnom pristupu boli. Dakle, ne govori se samo o organskom porijeklu boli, već se u raspravu uključuju i psihološko-emocionalna, duhovna i društvena dimenzija bol, kao i pojam «totalne boli». Nadalje, daju se smjernice za poticanje i unapređivanje otvaranja Ambulanta za bol koje bi uključivale i neophodan nefarmakološki pristup. Kao sudionik ovog Simpozija potaknuta vrlo impresivnim izlaganjima svih izlagača, a osobito Prof.dr.sc. Anice Jušić, predsjednice Hrvatskog društva za hospicij/palijativnu skrb HLZ-a koja je govorila na temu «Psihološko-emocionalna, duhovna i društvena bol» odlučih se prikazati neke najbitnije odrednice boli u vidu mogućih područja djelovanja pomagača psihosocijalnog područja.

Uobičajno je govoriti o organskom porijeklu boli. Međutim, suvremene definicije boli sadrže i druge sastavnice koje mijenjaju prag osjetljivosti i toleranciju boli. Cicely Saunders koja je pokrenula moderni svjetski hospicijski pokret brige za one čija je bolest uznapredovala i uzročno liječenje završeno, definira pojam «totalne boli» kojim obuhvaća organsku, emocionalnu, duhovnu i društvenu odrednicu doživljaja boli.

Bol je neugodno senzorno i emocionalno iskustvo povezano s aktualnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva. Bol je uvijek subjektivna, a objektivne (vidljive) pojave poput facijalnih ekspresija, grčenja i sl. mogu biti korisne u ocjeni jakosti boli. Bol je ono što bolesnik kaže da jest. U procjenama intenziteta boli, u prvom redu oslanjamo se na bolesnikov izvještaj o boli. Oni bolesnici kojima je komunikacija otežana ili nepotpuna (djeca, bolesnici koji ne poznaju jezik ili su iz značajno drugačije kulture, retardirani, dementni ili emocionalno poremećeni), često se nalaze u situaciji da im se u boli ne pomogne dovoljno. Isto su tako u lošem položaju bolesnici čiji pomagači nemaju vremena ili znanja da se njima bave i uspostave primjeren kontakt. Rječnik kojim se opisuje bol relativno je oskudan ako se usporedi s velikim razlikama u doživljaju kvalitete boli. Tu najviše može pomoći neverbalna razina komunikacije tzv. govor tijela koji najbolje uočavaju oni koji najviše vremena provode s osobom s bolnim simptomima. U ocjeni i liječenju boli važno je suosjećanje i emocionalna potpora. Važne su empatija (sposobnost da se osjeti što drugi osjeća, a ne izražava),

emocionalna toplina (prihvaćanje bez osude svega onoga što bolesnici otkrivaju o sebi) i iskrenost (stvarna otvorenost i razumijevanje, a ne samo profesionalna fasada). Neuspjeh analgezije može biti posljedica lošeg izbora analgetika i njegove dozaže, ali sve više se naglašava da neuspjeh može biti i posljedica neprepoznavanja i zapuštanja psihološko/emocionalnog poremećaja. Uspjeh terapije će biti bolji ukoliko razumijevanje bolesnikovih osjećaja bude bolje.

Budućnost je i za zdrave neizvjesna, a kamoli za bolesne. Život u neizvjesnosti je bolan. Radi se o prirodnom procesu i to je prvo što moramo prihvatiti. Treba prije svega razgovarati. Šutnja o strahu povećava strah. Više puta treba bolesniku pomoći da prestane nastojati biti hrabar i da govori iskreno o onome što ga muči. Bolesniku treba osigurati mjesto i vrijeme gdje će to učiniti.

Emocionalna bol može pratiti fizičku, ali se može i samostalno razvijati. I ona može biti sveobuhvatna kao i fizička. Bolesnik govori o boli, ali je to zapravo patnja. Potrebno je mnogo uživljavanja i razumijevanja u analizi njezine kompleksnosti; ona ne reagira na analgetike. Aktualna se emocionalna bol isprepliće s boli u prošlosti. Često se izražava jezikom tijela i fizičkim simptomima jer ju je preteško izraziti riječima. Lakše je ako se tjeskoba i strah mogu pripočiti. Bolest prijeti razaranjem socijalnog i emocionalnog života pojedinca i obitelji. Kada se bolesnik tuži «ja nisam ja», on zapravo doživljava emocionalnu bol. Treba je razumijeti i priznati. Ona je dijelom odgovor na stanje u okolini i rezultat je složenog odnosa između bolesnika i njegove okoline. Priroda emocionalne boli teško se identificira bez razgovora s bolesnikom i članovima njegove obitelji, odnosno s onima koji su mu najbliži.

Duhovna bol može biti isto tako težak simptom kao i fizička bol. Bolesnik govori o boli, ali je to zapravo patnja, doživljaj bezvrijednosti beznadnosti i besmislenosti. Suvremeno društvo je pretežno materijalistički orijentirano, materijalne su vrednote u prvom planu i zbog toga je duhovna orijentacija premalo raširena. Svatko ima duhovne potrebe bez obzira na to jesu li one dio formalne vjerske organizacije, a samo neki ljudi imaju religiozne potrebe. Duhovnost je sposobnost da se oprostí drugima i samomu sebi, sopsobnost uživanja u unutarnjem miru, u aktualnom trenutku ne brinući se za prošlost i budućnost.

Uz bolest koja traje nastaje i niz socijalnih problema, jer bolesnik ne može raditi i zarađivati, ne može dovršiti započeto, financijski se problemi gomilaju, nastaju bračni problemi i sl. Ako bolest duže traje, ostavljaju ga pomalo prijatelji i znanci. Najbliži srodnici koji imaju ulogu njegovatelja postaju zasićeni naporom i nestrpljivi. Sve to utječe na bolesnikovo podnošenje boli. Bol se pogoršava ili nastaje zbog društvene izolacije. Mnoge su tegobe, a posebno bol, veće i jače kad je čovjek sam, jer se ne može potužiti, jer ga nema tko saslušati, jer mu nedostaje razgovor. Osamljeni bolesnik gubi samopouzdanje i osjećaj vrijednosti i značenja. Bolesnik mora ostati u središtu pažnje i partner u liječenju čije se mišljenje i želje uvažavaju. Izolacija od ljudi oboljele odvaja od života još prije nego je život fizički prestao. Bitno je uvijek imati na umu pri radu s osobama koje trpe bol, koji pate da ih saslušamo i ne ostavljamo same.

Prof.dr.sc. Anica Jušić kao i mnogi drugi izlagači zaključuju da je neophodno poticanje otvaranje novih i unapređivanje rada postojećih ambulanta za bol. Ambulante za bol postoje u Zagrebu, Varaždinu, Osijeku, Karlovcu, Rijeci i Splitu. U njima rade poglavito liječnici (onkolozi, anesteziolozi, obiteljski), ali svi ističu veliku potrebu za interdisciplinarnim pristupom ovoj problematici i nužnost uključivanja u rad ostalih stručnjaka pomagačkih profila, jer osoba koja trpi bol i pati ima veliku potrebu za pažnjom, razgovorom i podrškom. Razumijevanje i savjetovanje potrebno je i članovima obitelji oboljele osobe. Kako ističu, medikamenti pokrivaju samo jednu razinu boli – a ljudska priroda je puno više od samo organskog segmenta. Jedan od ciljeva zdravstvene zaštite u sprečavanju pojave i širenja boli je i u poboljšanju kvalitete života oboljelih što je najočitije vidljivo putem mogućnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti i kvalitete sna. Pri tome pomagači psihosocijalnog profila od iznimne su važnosti putem savjetovanja, davanja praktičnih informacija, podrške i razumijevanja, te senzibilizacije društva za naznačenu problematiku.

Osmijeh i blaga riječ pojačavaju djelovanje lijeka, uvijek su pri ruci, nemaju nuspojava i ne koštaju ništa!

Svjedoci smo stvaranja još jednog vrlo značajnog i zahtjevnog područja djelovanja stručnjaka psihosocijalnog područja. Bol je prisutna svuda oko nas i valja se znati s njom nositi. Trebamo se uključivati u rad interdisciplinarnih timova za liječenje boli i unapređivati vlastitu edukaciju s tog područja.

Daša Poredoš