

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA SESTRINSTVO
PREDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

SANDRA ŠVARC

**PRISTUP MEDICINSKE SESTRE RECIDIVIRAJUĆOJ
ABDOMINALNOJ BOLI KOD DJECE**

ZAVRŠNI RAD

Mentor:

mr. sc. Josip Lopižić, prof. psih.

DUBROVNIK, SIJEČANJ 2019.

UNIVERSITY OF DUBROVNIK
THE DEPARTMENT OF PROFESSIONAL STUDIES NURSING
THE UNDERGRADUATE STUDY IN NURSING

SANDRA ŠVARC

**NURSE'S ACCESS TO THE CHILDREN'S
RECURRENT ABDOMINAL PAIN**

FINAL WORK

DUBROVNIK, JANUARY 2019

SAŽETAK

Recidivirajuća abdominalna bol (RAB) često se pojavljuje u dječjoj dobi. Do boli može doći zbog organskih smetnji, funkcionalnih smetnji ili psihogenih smetnji. Kod najvećeg broja djece radi se o funkcionalnim poremećajima gastrointestinalnog trakta (funkcionalna dispepsija, sindrom iritabilnog crijeva, abdominalna migrena, izolirana abdominalna bol). Nakon uočavanja upozoravajućih faktora iz anamneze ili prilikom pregleda kod djece treba proširiti pretrage. Terapijski je najučinkovitija istovremena primjena prilagođene prehrane i provođenje kognitivne bihevioralne terapije. Tijekom cijelog procesa, od postavljanja dijagnoze, tijekom liječenja i kontrole RAB-a medicinska sestra ima vrlo važnu ulogu. Od nje se očekuje da savjetuje dijete i obitelj, bude im podrška, prati korištenje terapije i sl.

KLJUČNE RIJEČI: bol, dijete, medicinska sestra, prevencija, RAB

SUMMARY

Recurrent abdominal pain (RAB) often occurs in childhood. Pain can occur due to organic interference, functional interference or psychological disturbances. In the majority of children there are functional gastrointestinal tract disorders (functional dyspepsia, irritable bowel syndrome, abdominal migraine, isolated abdominal pain). After detecting the warning factors from an anamnesis or when looking at children, it is necessary to extend the search. Therapy is the most effective simultaneous application of a customized diet and the implementation of cognitive behavioral therapy. Throughout the process, since diagnosis, during the treatment and control of RAB, the nurse has a very important role. It is expected to advise the child and family, support them, monitor the use of therapy, and so on.

KEY WORDS: pain, child, nurse, prevention, RAB

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Predmet istraživanja	1
1.2. Cilj i svrha istraživanja.....	1
2. ABDOMINALNA BOL KOD DJECE	2
2.1. Epidemiologija	5
2.2. Uzroci RAB-a	5
2.3. Kliničke manifestacije.....	11
2.4. Dijagnoza i praćenje djece	12
2.5. Liječenje	17
3. PRISTUP MEDICINSKE SESTRE DJETETU OBOLJELOM OD RAB-A I NJEGOVOJ OBITELJI.....	19
3.1. Emocionalna inteligencija medicinske sestre	23
3.2. Savjetovanje obitelji.....	25
4. ZAKLJUČAK.....	28
LITERATURA	29
POPIS SLIKA	32
POPIS TABLICA	32

1. Uvod

Pod terminom recidivirajuća abdominalna bol (RAB) podrazumijeva se paroksizmalna abdominalna bol u djece između 4. i 16. godine. RAB se često javlja kod djece ove dobi te su istraživanja pokazala da prisutnost RAB-a u djetinjstvu utječe na psihijatrijske tegobe i glavobolje u odrasloj dobi. Dijagnoza RAB-a u djece ima 5 komponenti: anamneza, fizikalni pregled, laboratorijska ispitivanja, dijagnostičke slikovne pretrage i iskustveni terapijski postupci.

1.1. Predmet istraživanja

Pojava RAB-a u dječjoj dobi iznimno je stresna kako za roditelje tako i za dijete. Stoga je važno u liječenje uključiti i adekvatno praćenje te prevenciju bolesti. Medicinska sestra ima iznimno važnu ulogu u tom procesu. Predmet ovog rada je utvrditi sve značajke RAB-a u dječjoj dobi te identificirati ulogu medicinske sestre u pristupu pacijentu i njegovim roditeljima te u dijagnosticiranju i liječenju bolesti.

1.2. Cilj i svrha istraživanja

Cilj rada je objasniti i odrediti sva glavna obilježja i karakteristike pristupa medicinske sestre djeci s RAB-om i njihovoj obitelji.

2. ABDOMINALNA BOL KOD DJECE

Abdominalna bol je vrlo često, no najčešće je i beznačajna. Ukoliko se pojavljuje akutna i jaka abdominalna bol, ona je najčešće simptom intraabdominalne bolesti. Ukoliko se abdominalna bol pojavljuje kod djece, to se može smatrati velikim dijagnostičkim izazovom. Recidivirajuća (rekurentna) abdominalna bol (RAB) dovodi do 5-10% pedijatarskih pregleda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te do 25% pregleda pedijataru gastroenterologa.

Prvi opis ponavljanih bolova u abdomenu povezan je sa sindromom iritabilnog crijeva 1818. godine, a prema tom opisu sindrom iritabilnog crijeva karakteriziraju: ponavljana abdominalna bol, neuravnotežena probava i flatulencija (Grgurić i sur., 2008).

U većini studija recidivirajuća abdominalna bol definira će se na temelju definicije koju je 1958. godine postavio Apley, a prema toj definiciji kriteriji za dijagnozu abdominalne boli su:

- bol u djeteta starijeg od tri godine
- tri ili više epizoda boli u vremenskom periodu dužem od tri mjeseca
- negativan utjecaj boli na svakodnevnu aktivnost djeteta.

Danas je kod postavljanja dijagnoze kao i kod planiranja liječenja recidivirajuće abdominalne boli veliki problem upotreba različitih termina te izostanak jasnih kriterija na temelju kojih bi se mogla postaviti točna dijagnoza. Tablica 1. prikazuje definicije koje se danas najčešće koriste.

Tablica 1: Pojmovi koji se rabe u opisu dječje abdominalne boli

<i>Recidivirajuća abdominalna bol</i> (definirana prema Apleyu i Naishu)	- bol u djeteta starijeg od tri godine javljaju se 3 ili više epizoda boli kroz vremensko razdoblje dulje od 3 mjeseca, bol negativno utječe na djetetovu svakodnevnu aktivnost
<i>Kronična abdominalna bol</i>	- abdominalna bol koja traje minimalno 3 mjeseca
<i>Rimski III. kriteriji za recidivirajuću abdominalnu bol*</i>	- abdominalna bol koja ne mora biti kontinuirana, a traje najmanje 12 tjedana u posljednjih 12 mjeseci
<i>Funkcionalna abdominalna bol</i>	- abdominalna bol koja nije uzrokovana anatomskim abnormalnostima, upalama ili oštećenjima tkiva
<i>Neorganska abdominalna bol</i>	- pojam koji se često rabi kao sinonim za funkcionalnu abdominalnu bol
<i>Psihogena abdominalna bol</i>	- pojam koji se često upotrebljava kao sinonim za funkcionalnu abdominalnu bol

*ovi se kriteriji upotrebljavaju za sindrom iritabilnog kolona, funkcionalnu dispepsiju i funkcionalnu abdominalnu bol;

Izvor: Source: American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN) Subcommittee on Chronic Abdominal Pain. Chronic abdominal pain in children. Pediatrics 2005;115(3):370-81.

Na temelju brojnih istraživanja danas stručnjaci smatraju da je Recidivirajuća abdominalna bol (RAB) opis, a ne dijagnoza. Godine 1999. doneseni su Rome II kriteriji koji daju klasifikaciju abdominalnih tegoba kod djece na temelju simptoma te na taj način omogućuju nove spoznaje o mogućim patofiziološkim mehanizmima ove bolesti. Rome II kriterijima naglašen je pojam funkcionalne abdominalne boli (FAB) kao specifične dijagnoze koja se treba razlikovati od anatomskih, upalnih ili metaboličkih uzroka abdominalne boli. Unutar ovih kriterija ujedinjeno je nekoliko simptoma u jedan klinički entitet, primjerice, funkcionalna opstipacija te se na taj način dalje razvija mogućnost adekvatne dijagnostike i liječenje kao i smanjivanje nepotrebnih dijagnostičkih pretraga (Tablica 2) (Rasquin, 2006).

Tablica 2: Funkcionalni gastrointestinalni poremećaji - Rome III dijagnostički kriteriji

Funkcionalni poremećaji: djeca i adolescenti
1. Povraćanje i aerofagija
1a. Sindrom adolescentne ruminacije
1b. Sindrom cikličkog povraćanja
1c. Aerofagija
2. Abdominalni bol uzrokovan funkcionalnim gastrointestinalnim poremećajima
2a. Funkcionalna dispepsija
2b. Sindrom iritabilnog crijeva
2c. Abdominalna migrena
2d. Funkcionalna abdominalna bol djeteta
d1. Sindrom funkcionalnog abdominalnog bola djeteta
3. Konstipacija i inkontinencija
3a. Funkcionalna konstipacija
3b. Neretencijska inkontinencija stolice

Izvor: Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams J. S, Staiano A, Walker L. S. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. Gastroenterology. 2006;130:1527-1537.

2.1. Epidemiologija

Epidemiološki podaci koji se odnose na učestalost RAB-a vrlo su različiti. Najveću prevalenciju identificirali su Faull i suradnici koji navode da 34% djece i adolescenata diljem svijeta barem u jednom trenutku života imaju tegobe RAB-a (Humphreys i sur., 2000). No, većina istraživanja navodi da se RAB javlja kod 10 do 15% djece školske dobi. Prvi vršak u pobolijevanju bilježi se između osme i desete godine dok se drugi bilježi u adolescenciji (Peršić, 1996).

Što su djeca mlađa učestalost je manja, odnosno učestalost se povećava kako se djeca približavaju adolescenciji. U dobi od dvije godine – 3,8%, tri godine 6,9% i 6 godina 11,8% djece ima RAB. Kod mlađe djece RAB je podjednako zastupljen kod djevojčica i dječaka dok je u adolescenciji omjer 4:3 u korist djevojčica. Kod djece mlađe od dvije godine RAB je često udružen s organskom bolesti, a u starije djece organski se uzrok dijagnosticira kod 10% oboljelih (Peršić, 2006).

2.2. Uzroci RAB-a

U medicini se navode tri glavna tipa RAB-a: organski, psihogeni i funkcionalni. Uvriježeno je mišljenje da je samo kod 5 do 10% djece s RAB-om prisutan organski uzrok boli. No, epidemiološka istraživanja provedena u bolnicama (Thiessen, 2002) pokazuju da udio organskog uzroka RAB-a doseže 44%. RAB se kod djece javlja kao simptom brojnih organskih bolesti (Tablica 3).

Tablica 3: Organski uzroci recidivirajućih abdominalnih bolova

GENITOURINARNE BOLESTI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Upalne bolesti crijeva (<i>Ulcerozni kolitis, M. Crohn</i>) ▪ Postoperativne adhezije ▪ Pseudociste pankreasa ▪ Kronični apendicitis
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prirodne anomalije ▪ Infekcije urinarnog trakta ▪ Upalne bolesti zdjelice ▪ Ovarijalna cista, endometrioza ▪ Trudnoća 	SISTEMSKE BOLESTI
GASTROINTESTINALNE BOLESTI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intoksikacija olovom ▪ Henoch-Schönlein pupura ▪ Bolest srpastih stanica (<i>Sickle cell disease</i>) ▪ Alergija na hranu ▪ Abdominalna epilepsija ▪ Porfirija ▪ Familijarna Mediteranska anemija ▪ Migrena, Familijarni angioneurotski edem
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hiatus hernia ▪ Hepatitis ▪ Holecistitis, pankreatitis, enterokolitis ▪ Peptičko ulkusna bolest ▪ Infestacije parazitima (npr. giardijaza) ▪ Meckelov divertikul ▪ Granulomatozni enterocolitis ▪ Intestinalna TBC 	

Izvor: Thiessen P. N., Recurrent abdominal pain. *Pediatr Rev.* 2002;23:39-45.

Infekcija *Helicobacter pylori* najčešći je organski uzrok RAB-a, a ona se spominje i u infestaciji parazitima, urinarnim infekcijama, gastroezofagealnom refluksu, upalnim bolestima crijeva, malapsorpciji laktoze, kroničnom apendicitisu i poremećajima motiliteta (ezofagitis i gastropareza), strukturalnim anomalijama GIT-a i dr.

Psihogeni uzroci RAB-a nastaju kao posljedica stresa, anksioznosti i depresije. Novija istraživanja pokazuju da u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 79% djece s RAB-om ima neki od anksioznih, dok više od 40% ima depresivni poremećaj. Patofiziologija ovih poremećaja je nepoznata. Nadalje, istraživanja su pokazala da bolesnik s psihogenim RAB-om brže i jače reagira na stresne događaje kod kuće (bolesti, financijske probleme, separacije ili gubitke) – 44%, školi (odnos s vršnjacima ili nastavnicima) – 32% ili perfekcionizmom djece – 30% (Campo i sur., 2004).

Pojava RAB-a kod djece može biti povod novih problema, primjerice, čestog izostanka iz škole ili izolacije od vršnjaka. Ako do takvih situacija dođe, najčešće se stvaraju novi stresni poremećaji. Apley i Naish govore o povezanosti RAB-a i emocionalnih poremećaja drugih članova obitelji, a pod navedenim poremećajima misle na prekomjernu zaokupljenost bolešću, neurotičnost i anksioznost majke. Dijete može oponašati neodgovarajući odgovor na emocionalni stres majke, a to može uzrokovati psihosomatske simptome kao što je abdominalna bol (Compas, Thomsen, 1999).

Iako su brojni stručnjaci podržali ovu teoriju, pojedina istraživanja pokazuju da ne postoje razlike između djece s i bez RAB-a kada se radi o načinu reagiranja na stres, osobnim karakteristikama i oponašanju abdominalne boli članova obitelji (Ramchandani, 2005).

Funkcionalni uzroci RAB-a (FAB) su funkcionalne gastrointestinalne bolesti koje se definiraju kao stanja u kojima su prisutne različite kombinacije kroničnih ili recidivirajućih gastrointestinalnih simptoma, u trajanju od šest mjeseci, uz neprisutnost manifestne bolesti. Navedeno može upućivati na to da fiziološke abnormalnosti uzrokuju simptome, ali se ih u određenom trenutku ne može dokazati.

Nastaje poradi neuobičajene ili promijenjene funkcije zdravog organa kao rezultat interakcije vanjskih i unutarnjih faktora te je najčešći uzrok kronične abdominalne boli. U postavljanju dijagnoze funkcionalnih RAB-a kod djece koriste se Rome II, a unatrag 11 godina i Rome III dijagnostički kriteriji. Dijagnoza se postavlja na temelju simptoma, odnosno boli, a ne na temelju patoloških nalaza u fizikalnim ili laboratorijskim pretragama (Thompson, 1999).

Tablica 4: Bolovi u trbuhu uzrokovani funkcionalnim gastrointestinalnim poremećajima - Rome III dijagnostički kriteriji

Abdominalna bol uzrokovana funkcionalnim gastrointestinalnim poremećajima
Funkcionalna dispesija (mora biti prisutno SVE od navedenog; simptomi se moraju javiti najmanje jednom tjedno tijekom najmanje 2 mjeseca prije postavljanja dijagnoze)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Trajna ili ponavljana bol ili nelagoda lokalizirana u gornjem abdomenu (iznad pupka) 2. Bol se ne smanjuje nakon defekacije i nije udružena s poremećajem frekvencije ili forme stolice (npr. nije SIC) 3. Izostanak podataka o upalnim, anatomskim, metaboličkim ili neoplastičkim poremećajima kojima bi se moglo objasniti prisustvo simptoma
Sindrom iritabilnog crijeva (mora biti prisutno SVE od navedenog; simptomi se moraju javiti najmanje jednom tjedno tijekom najmanje 2 mjeseca prije postavljanja dijagnoze)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Osjećaj nelagode u abdomenu (osjećaj koji se ne opisuje kao bol) ili bol udružena s 2 ili više od navedenog tijekom najmanje 25% vremena: <ol style="list-style-type: none"> a) poboljšanje stanja nakon defekacije b) ataka nelagode u abdomenu se javlja s poremećajem frekvencije stolice c) ataka nelagode se javlja s poremećajem forme stolice 2. Izostanak podataka o upalnim, anatomskim, metaboličkim ili neoplastičkim poremećajima kojima bi se moglo objasniti prisustvo simptoma
Abdominalna migrena (mora biti prisutno SVE od navedenog; simptomi se moraju javiti najmanje jednom tjedno tijekom najmanje 2 mjeseca prije postavljanja dijagnoze)
1. Paroksizmalne epizode snažne, akutne periumbilikalne boli u trajanju od najmanje

jedan sat ili duže

2. Periodi bez ataka boli, tijekom kojih su djeca potpuno zdrava, mogu trajati tjednima i mjesecima

3. Bol ometa obavljanje svakodnevnih, uobičajenih aktivnosti

4. Bol je udružena s dva ili više od sljedećeg: anorexia, mučnina, povraćanje, glavobolja, fotofobija, bljedilo

5. Nema podataka o upalnim, anatomskim, metaboličkim ili neoplastičkim poremećajima kojima bi se moglo objasniti prisustvo simptoma

Funkcionalna abdominalna bol djeteta (mora biti prisutno SVE od navedenog; simptomi se moraju javiti najmanje jednom tjedno tijekom najmanje 2 mjeseca prije postavljanja dijagnoze)

1. Povremena ili trajna abdominalna bol

2. Nedostatni drugi kriteriji za svrstavanje u druge funkcionalne gastrointestinalne poremećaje

3. Izostanak podataka o upalnim, anatomskim, metaboličkim ili neoplastičkim poremećajima kojima bi se moglo objasniti prisustvo simptoma

Sindrom funkcionalnog abdominalnog bola djeteta (funkcionalna abdominalna bol djeteta mora biti prisutna tijekom najmanje 25% vremena i mora biti prisutno jedan ili više od sljedećeg

1. Bol ometa obavljanje svakodnevne aktivnosti

2. Dodatni somatski simptomi kao glavobolja, bol u udovima ili poremećaji spavanja

Izvor: Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, Walker LS. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. Gastroenterology. 2006;130:1527-37.

Brojne se pedijatrijske dijagnoze uvrštavaju u ovu kategoriju: dojenačka regurgitacija (podrigavanje), kronični nespecifični proljevi, sindrom iritabilnog kolona, neulkusna dispepsija, dojenačka dishezija i funkcionalna opstipacija (Schurman i sur., 2005).

Prema Rome II kriterijima, najčešći uzroci FAB-a su sindrom iritabilnog crijeva (SIC), funkcionalna dispepsija, sindrom funkcionalne abdominalne boli i abdominalna migrena. Ovi se poremećaji mogu javiti samostalno ili u kombinaciji (Di Lorenzo, 2005).

Učestalost pojedinih entiteta FAB-a iznimno je velika. Dispepsija se javlja između 49 i 73%, a od toga 24% ima i SIC (sindrom iritabilnog crijeva) (Hyams, 2000). Do SIC-a dolazi kod 68% slučajeva, a do abdominalne migrene dolazi kod oko 2,4% slučajeva. Rome II kriteriji obuhvaćaju većinu djece s RAB-om (Walker, 2004).

Patofiziologija funkcionalne abdominalne boli nije u potpunosti razumljiva. Većina istraživanja visceralne boli tijekom osamdesetih i devedesetih godina prošlog stoljeća je bila usmjerena na bolesti motiliteta i psihogene poremećaje. Pritom se smatralo da je uzrok u poremećaju živčevlja gastrointestinalnog trakta, no kasnije se utvrdio da je disregulacija osovine mozak-crijevo glavni uzročnik funkcionalne abdominalne boli. Navedenu osobinu čine dvosmjerni neuralni putovi kojima su povezani kognitivni i emocionalni centri u mozgu s neuroendokrinim centrima, crijevnim živčevljem i imunim sustavom, a cijeli taj sustav je u međusobnoj interakciji.

Osobe s FAB-om imaju poremećenu crijevnu hiperreaktivnost, a to je posljedica djelovanja fizioloških (prehrana, distenzija crijeva, hormonalne promjene), štetnih (upalni procesi) ili psihičko-stresnih podražaja (roditeljski razvod, anksioznost) (Talley, Spiller, 2002). Poradi djelovanja određenog događaja (različite štetne nokse) dolazi do poremećaja percepcije signala boli, odnosno do pojačane osjetljivosti na neuralnu bol.

Životinjski modeli pokazuju vulnerabilni period pojačane osjetljivosti, a posljedica je kronična visceralna hipersenzitivnost. Slično navedenom, djeca često imaju abdominalnu bol nakon kratkotrajnog enteritisa i u situacijama kada je upala izliječena. Danas se još uvijek ne zna da li je taj poremećaj osjetljivosti posljedica hiperkscitabilnosti neurona dorzalnog roga leđne moždine, poremećaja središnje modulacije ili pojačane osjetljivosti crijeva (Al-Chaer i sur., 2000).

2.3. Kliničke manifestacije

Djeca s kroničnom ili recidivirajućom abdominalnom boli mogu se podijeliti u tri grupe:

- ona kod kojih je uzrok RAB-a dijagnosticirana, primjerice, Crohnova bolest, duodenalni ulkus ili pankreatitis. To su djeca koja imaju dokazanu organsku bolest s prisutnim fiziološkim strukturalnim i biokemijskim abnormalnostima (Seng Hock, 2005).
- djeca s RAB-om su koja imaju tzv. funkcionalnu bol, a dijagnoza se temelji na simptomima, no bez dijagnostičkih dokaza. Radi se o djeci sa sindromom iritabilnog crijeva i dispepsijom.
- grupa djece koja uključuje one kod kojih se ne može dokazati organska bolest, a simptomi su neprepoznatljivi. Bol se javlja neovisno o uzimanju hrane, defekciji ili kretanju. Do ove boli može doći povremeno ili kontinuirano te bol remeti san ili normalno funkcioniranje djeteta. Često se govori o „neorganskoj abdominalnoj boli“ ili se poistovjećuje s funkcionalnom abdominalnom boli.

Djeca se najčešće žale na intermitentnu periumbilikalnu bol koja se pojačava, a nakon toga slabi do nestajanja. Ova je bol oštra, ne širi se, blagog je do srednjeg intenziteta. Dijete mora prekinuti aktivnost, legne, sjedne i počne plakati ili se smiri. Razlikuje se vrijeme javljanja, učestalost i trajanje. Najviše se javlja po danu, no može se pojaviti i noću.

Nema stalne ovisnosti o uzimanju određene hrane, fizičkoj aktivnosti, defekaciji, mokrenju ili menstrualnim ciklusima. U trećini slučajeva dolazi do prepoznavanja faktora koji izazivaju vezu između RAB-a i stresnih situacija. Kod velikog broja djece prisutni su i autonomni simptomi, primjerice, mučnina, vrtoglavica, znojenje ili bljedilo.

Intelektualne sposobnosti djece s i bez RAB-a su identične. No, kod djece s RAB-om se uočavaju karakteristične crte ličnosti: presavjesni, pretjerano ambiciozni, imaju visoka očekivanja i zahtjeve, pretjerano su osjetljiva, užurbana, tjeskobna, plaha, bojažljiva, oštroumna i sl. Važno je naglasiti kako se radi o općenitim karakteristikama koje se ne moraju nužno pojaviti kod svakog oboljelog djeteta.

2.4. Dijagnoza i praćenje djece

Pristup recidivirajućoj abdominalnoj boli kod djece ovisi o razini zdravstvene zaštite – primarnoj, sekundarnoj ili tercijarnoj. Na svakoj od navedenih razina trebali bi se provoditi odgovarajući dijagnostički postupci. Na primarnoj je razini osnovni cilj razlikovanje akutne i kronične ili recidivirajuće abdominalne boli. Prvi korak, ali i temelj dijagnoze funkcionalnih gastrointestinalnih poremećaja je dobro uzeta gastroenterološka anamneza (Tablica 5).

Tablica 5: "Alarm", odnosno upozoravajući simptomi u abdominalnoj boli

- perzistentna bol u desnom gornjem ili donjem kvadrantu	- disfagija
- perzistentno povraćanje	- bol koja budi dijete iz sna
- gubitak krvi gastrointestinalnim traktom	- noćna dijareja
- upalne bolesti crijeva, celijakija, vrijed u obiteljskoj anamnezi	- arthritisa
- nevoljni gubitak tjelesne težine	- perirektalna bolest
- neobjašnjeni febrilitet	- usporenje rasta
	- odloženi pubertet

Izvor: Lake A. M., Chronic abdominal pain in childhood: diagnosis and management. Am Fam Physic. 1999;7:1823-33

Treba obratiti pozornost na prisutnost upozoravajućih simptoma kao što su gubitak težine, promjene u prehranbenim navikama i dr. koji pobuđuju sumnju na organsku bolest. Također, treba pitati o postojanju mogućih psihičkih poteškoća te treba uzeti epidemiološku i socijalnu anamnezu.

Dijagnoza RAB-a kod djece ima pet komponenti: anamneza, fizikalni pregled, laboratorijska ispitivanja, dijagnostičke slikovne pretrage i iskustveni terapijski postupci (Tablica 6) (Lake, 1999).

- ♣ Lokalizacija, jačina, karakter i osobitost boli, vrijeme javljanja (noć/dan)
- ♣ Appetit, dijeta, sitost, mučnina, refluks, povraćanje
- ♣ Karakteristike stolice, konzistencija, kompletnost pražnjenja
- ♣ Opći simptomi: gubitak tjelesne težine, zaostatak u rastu ili pojavi puberteta, povišena tjelesna temperatura, osip
- ♣ Uzimanje lijekova, pridržavanje određenog dijetnog načina prehrane
- ♣ Obiteljska anamneza, putovanja
- ♣ Odnosi sa školom, vršnjacima i odnosi u obitelji

Fizikalni pregled

- ♣ Visina, težina, BMI, krivulja rasta, spolna razvijenost, krvni tlak
- ♣ Kompletni fizikalni pregled
- ♣ Stvarni (objektivni) nalazi u abdomenu: lokalizacija boli, »rebound« fenomen, palpabilne mase, znak psoasa
- ♣ Jetra, slezena, bubrezi (veličina), ascites, bol u slabinama (sukusija)
- ♣ Perianalni pregled: pregled rektuma i zdjelice, pregled stolice na okultno krvarenje

Laboratorijska ispitivanja

- ♣ Kompletna krvna slika – KKS (diferencijalna), sedimentacija, CRP
- ♣ Analiza urina i urinokultura
- ♣ Laboratorijski testovi koji se sprovode individualno, ovisno o lokalizaciji boli: - pretrage stolice (prisustvo krvi, bakterija, virusa, parazita, Giardia antigena u stolici - osnovne biokemijske pretrage (urea, kreatinin, bilirubin ukupni i direktni, AST, ALT, gama GT, amilaza)

♣ Test na trudnoću, ispitivanja za spolno prenosive bolesti

♣ Vodikov izdisajni test: laktoza, fruktoza

♣ Serološko testiranje na amebe i *Helicobacter pylori*

Slikovne dijagnostičke pretrage koje se sprovode individualno, ovisno o indikaciji

♣ UZV abdomena i male zdjelice

♣ Radiološke kontrastne pretrage gornjeg gastrointestinalnog trakta i tankog crijeva, CT abdomena

♣ Ezofagogastroduodenoskopija, kolonoskopija, laparoskopija

Iskustveno liječenje (Empiric interventions)

♣ Edukacija bolesnika i roditelja

♣ Vođenje dnevnika (pojava simptoma, stolica -defekacija, bilježenje prehrane, odgovor na intervencije

♣ Rješavanje konstipacije kao važnog faktora

♣ Dijetne intervencije, uključujući odgovarajući unos vlakana, reduciranje unosa laktoze, reduciranje unosa sokova

Izvor: Lake A. M., Chronic abdominal pain in childhood: diagnosis and management. Am Fam Physic. 1999;7:1823-33

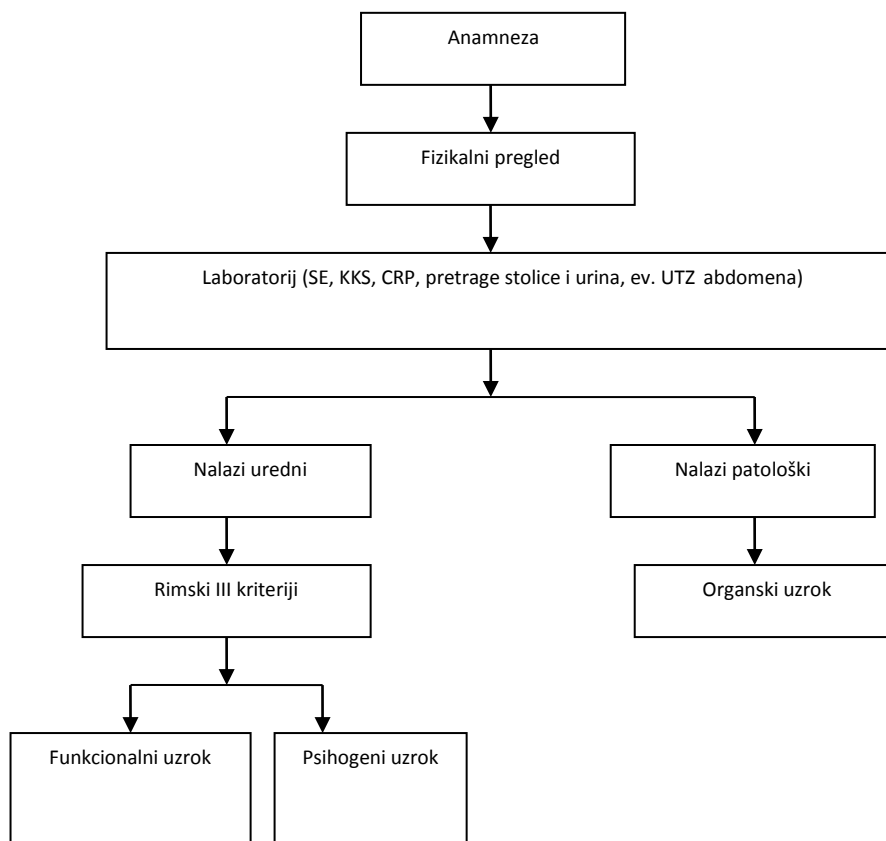
Nakon što se uzme detaljna anamneza, potrebno je obaviti detaljan pregled, a on mora obuhvatiti opći status, palpaciju, perkusiju i auskultaciju abdomena te digitorektalni pregled (Thiessen, 2002). Nespecifične promjene u tjelesnom statusu, primjerice, znojenje, bljedilo, midrijaza, tahikardija, tahipneja i dr. mogu biti prisutne pri bilo kojem uzroku recidivirajuće abdominalne boli.

Preporučuju se pretrage: KKS, SE, CRP, urin, urinokultura, pretraga stolice na okultno krvarenje, parazite i patogene bakterije te ultrazvučni pregled abdomena.

Patološki nalazi upućuju na organsko podrijetlo tegoba te potrebu daljnje obrade i odgovarajućeg liječenja. U slučaju urednih nalaza uzroci mogu biti psihološki ili funkcionalni.

Poznavanje i primjena Rimskih III. kriterija već na razini primarne zdravstvene zaštite pomaže u dijagnostici funkcionalnih abdominalnih bolova bez dodatnih invazivnih pretraga. Na funkcionalnu bol upućuju: normalni fizikalni nalaz, nepostojanje bolnosti pri palpaciji i odsutnost upozoravajućih znakova za organski uzrok (Slika 1).

Slika 1: Preporučeni postupnik za RAB na razini primarne zdravstvene zaštite.



Izvor: Lake A. M., Chronic abdominal pain in childhood: diagnosis and management. Am Fam Physic. 1999;7:1823-33

Iako je diferencijalna dijagnoza bolova u trbuhu vrlo široka, detaljna anamneza i klinički pregled s ograničenim laboratorijskim pretragama najčešće su dovoljni za postavljanje pozitivne dijagnoze recidivirajuće boli u trbuhu (Boyle, 2004). U sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, osim navedenog postupka, ponekad je potrebno obaviti dodatne dijagnostičke pretrage.

2.5. Liječenje

Liječenje djeteta s RAB-om traži veliko strpljenje i puno vremena, a cilj liječenja je razumijevanje bolesti, edukacija, usvajanje odgovarajućih načina života i reakcije na bol te se na taj način prevenira ataka boli (Scott, 1997). Organski uzroci RAB-a liječe se ovisno o samom uzroku, a liječenje FAB-a u pravilu se treba odvijati u ordinaciji primarne zdravstvene zaštite. No, ako bolesnik ne reagira na konvencionalnu terapiju potrebno je obaviti konzultacije s pedijatrom gastroenterologom.

Korištenje Rome II i Rome II kriterija može biti od velike pomoći jer pomaže kod dijagnosticiranja, ali isto tako pomaže i kod liječenja djece s određenim simptomima FAB-a. Praksa pedijatra u liječenju FAB-a je pružanje podrške i empatije prema djetetu i obitelji te uvjeravanje da se radi o bezazlenoj bolesti s kojom djeca moraju i mogu naučiti živjeti (Sanders, 1994). Navedenim pristupom u 30 do 40% djece bol nestaje ili je manja (Croffie i sur., 2000).

Kod nekih bolesnika nije dovoljno provoditi samo terapiju razgovorom, već je potrebno provoditi kombinaciju odgovarajućeg načina prehrane, psihoterapije i određenih lijekova. Uspješnost liječenja FAB-a prvenstveno ovisi o stupnju povjerenja između liječnika i bolesnika te se navedeno smatra presudnim u liječenju.

Kod postavljanja dijagnoze liječnik mora imati pozitivan stav prema dijagnozi FAB-a kao najčešćem uzroku RAB-a u djece, mora vjerovati u dobar ishod te tako pristupiti pacijentu. Negativni nalazi učinjenih laboratorijskih pretraga samo su dokaz da je dijagnoza točna. Liječnik treba pažljivo objasniti patofiziologiju bolesti, moguće uzroke, a kod planiranja liječenja uz edukaciju mora postaviti razumne ciljeve.

Veće bolesnikovo i roditeljsko znanje povećava povjerenje u liječnika te smanjuje broj posjeta liječniku. Pažnja se treba usmjeriti na unapređenje kvalitete života djeteta i obitelji, primjerice, normalno obavljanje svakodnevnih aktivnosti: škola, igranje, sport i dr. U nekim slučajevima dovoljno je samo prepoznati glavni okidač koji uzrokuje akutnu bol, primjerice, stres, određenu hranu i dr. Izbjegavanjem navedenih okidača smanjuje se i učestalost FAB-a (Drossman, 1996).

Kada je postavljena dijagnoza funkcionalno uvjetovane RAB-i često se pogrešno misli da su simptomi „izmišljeni“. Iz navedenog razloga roditelji nerijetko počinju sumnjati u znanje liječnika, a to može dovesti do pomanjkanja povjerenja. Naime, roditelj vidi svoje dijete tijekom napada boli i „zna da uzrok nije u djetetovoj glavi“, a to je razlog inzistiranja na daljnjim pretragama. S druge strane, i liječnici se boje da ne postave krivu dijagnozu te se poradi toga određuje provođenje mnogih testova kojima se rješavaju sumnje roditelja. Navedeno dovodi do porasta anksioznosti i frustracije za cijelu obitelj.

3. PRISTUP MEDICINSKE SESTRE DJETETU OBOLJELOM OD RAB- a I NJEGOVOJ OBITELJI

Kompetencije podrazumijevaju kombinaciju vještina, znanja, stavova, vrijednosti, sposobnosti i prosudbe koje omogućavaju pravovaljano izvođenje zdravstvene njege medicinske sestre. Riječ je o razini provođenja koja prikazuje učinkovitu upotrebu svih elemenata. Ovakav opis kompetencija sukladan je opisu kompetencija u Zakonu o izmjenama i dopunama Zakona o sestrinstvu (NN 56/11).

Kompetencije medicinske sestre uključuju:

- Znanje, razumijevanje i prosudbu,
- Vještine: kognitivne, tehničke, psihomotorne i komunikacijske,
- Osobne karakteristike, stavove i razvijenost međuljudskih odnosa.

Kompetencije su rezultat razine obrazovanja u sestrinstvu, a cilj im je pružanje sigurne, učinkovite i na etičkim načelima utemeljene zdravstvene njege. One služe:

- Javnosti i poslodavcu – informiraju ih o tome što se može i smije očekivati od medicinske sestre,
- Medicinskim sestrama – kao smjernice za obavljanje onih aktivnosti koje su predviđene razinom obrazovanja.

Nadalje, kompetencije određuju razinu prava, dužnosti i odgovornosti medicinskih sestara u njihovom području rada – zdravstvenoj njezi. Kompetencije predviđene razinom obrazovanja uvijek su iste za sve pripadnike sestriinske profesije – iste razine obrazovanja.

Kompetentne medicinske sestre razumiju da sve usluge iz područja zdravstvene skrbi moraju biti usmjerene prema pacijentu, on je partner u procesu odlučivanja i provođenja zdravstvene njege,

- Da je cilj svih aktivnosti medicinskih sestara ostvarenje planiranog ishoda kod pacijenata i sprječavanje moguće štete (ozljeđivanje, narušavanje privatnosti i sl.),
- Da postoji stalna potreba za usavršavanjem teorijskog i praktičnog znanja te stvaranjem uvjeta za kritičke profesionalne prosudbe,
- Da medicinska sestra uvijek treba provoditi svoje aktivnosti u skladu sa stručnim i profesionalnim zahtjevima, bez obzira na politiku ili različite zahtjeve radne okoline.

Slika 2: Načela pružanja zdravstvene njege

<p>NAČELA PRUŽANJA ZDRAVSTVENE NJEGE</p>	<p>Primjenjuje znanja i vještine u provođenju aktivnosti koje su u njenom djelokrugu rada</p> <p>Pružava zdravstvenu njegu u skladu s postavljenim standardima i procedurama u zdravstvenoj njezi.</p> <p>Rješava probleme u strukturiranom i sigurnom okruženju.</p> <p>Daje informacije pacijentu/bolesniku isključivo iz područja zdravstvene njege (u okviru svojih kompetencija).</p> <p>Informira pacijente, savjetuje ih, daje im upute i pruža podršku za vrijeme liječenja i kroz druge oblike zdravstvene zaštite (u okviru svojih kompetencija).</p> <p>Usvaja načela timskog rada i djeluje unutar tima.</p> <p>Ponaša se u skladu s načelima zajednice u kojoj živi i djeluje.</p>
---	---

Izvor: Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege,
http://www.hkms.hr/data/1316431477_292_mala_kompetencije_18062011_kompletno.pdf

Holistički pristup jedini je ispravan pristup u kojem je najvažniji element uključivanje bolesnika i njegove obitelji u donošenje odluka. Ovakav pristup provodi interdisciplinarni tim kojeg čine liječnik, medicinska sestra, psiholog, psihijatar i druge stručne osobe koje su uključene u liječenje djeteta s RAB-om. Ovakvim pristupom

osobama oboljelim od RAB-a, ali i njihovim obiteljima pomaže se nositi sa situacijom koja je posljedica bolesti).

Abdominalni bolovi često ostavljaju dubok trag na oboljelu osobu i njezinu obitelj. Pojava bolesti sa sobom nosi strah, neizvjesnost, sumnju, očaj i brojne druge psihičke reakcije s kojima se oboljela osoba i članovi njezine obitelji moraju nositi. U takvim situacijama nikako nije poželjno naglasak staviti samo na oboljelu osobu jer članovi njezine obitelji, također, proživljavaju agoniju i dio su situacije koja iz je zadesila.

Stoga se može reći da holistički pristup pacijentu obuhvaća skrb za pacijenta, ali i za članove njegove obitelji ili osobu koje brinu o njemu. Medicinska skrb treba pružiti potporu obitelji i drugim bliskim njegovateljima tijekom pacijentove bolesti. Važno je da prilikom dijagnosticiranja i odabira načina liječenja RAB-a, bolesnik i njegova obitelj budu upoznati sa svim aspektima bolesti, da dobiju adekvatnu psihološku i moralnu podršku te da im se pristupi na individualan način jer svaki pacijent i okruženje iz kojeg dolazi zahtijevaju individualnu analizu. Neke od smjernica za obraćanje oboljelom i njegovoj obitelji su (Gallagher, Holmes, 2012):

- Objasniti ciljeve skrbi – omogućava medicinskom osoblju pojasniti medicinske mogućnosti članovima obitelji oboljelog ili njemu samome kako bi bolje razumjeli situaciju u kojoj se nalaze.
- Pojasniti koje su razumne opcije već provedene – navedeno omogućuje racionalizaciju emotivnih aspekata obitelji, kao i surogat-odlučitelja, ali utemeljuje povjerenje u profesionalnu procjenu liječnika i medicinske sestre.
- Ne predlagati neadekvatne medicinske tretmane – svi uključeni u donošenje odluke trebaju biti upoznati s beskorisnošću svih dostupnih sredstava koja im stoje na raspolaganju.
- Utemeljiti smjernice i ograničenja za terminalnu fazu – važno je odrediti neki vremenski rok kojem bi oboljeli trebao biti podvrgnut.
- Usmjeriti emocionalnu potporu na obitelj oboljelog djeteta.

Osim liječnika, bitnu ulogu u odnosu prema pacijentu oboljelom od RAB-a i u odnosu prema njegovoj obitelji imaju i medicinske sestre. Osim stručnog znanja o bolesti, bitna osobina medicinske sestre je emocionalna inteligencija i komunikacijske vještine. Riječ je o osobinama koje posebno dolaze do izražaja tijekom pristupa oboljelom i njegovoj obitelji u smislu podrške, savjetovanja, razumijevanja i sl.

3.1. Emocionalna inteligencija medicinske sestre

Medicinska sestra treba imati dobro razvijenu emocionalnu inteligenciju da bi mogla prepoznati trenutne osjećaje pacijenta i njegove obitelji te na taj način dobiti uvid u njihovo sveukupno stanje. Emocionalna inteligencija medicinskim sestrama može pomoći i u odnosima sa suradnicima, da bolje usklade metode rada i pokažu efikasnost timskog djelovanja.

Odnos medicinska sestra – pacijent i njegova obitelj, kao ključna sastavnica sestrinskog rada, podrazumijeva sestrinsku percepciju, razumijevanje emocija i korištenje tih emocija kako bi zdravstvena njega pacijenta bila što učinkovitija te kako bi odnos s obitelji bio što prisniji, odnosno kako bi taj odnos ulijevao povjerenje. Njega pacijenta ne uključuje samo medicinsku njegu, već i poštivanje pacijentovih ciljeva, želja i odluka te ispunjavanje njegovih emocionalnih, socijalnih i društveni potreba. Medicinska sestra bi trebala razviti sposobnosti koje uključuju visoku samosvijest, procjenu događaja, sposobnost nošenja s vlastitim emocijama, a to su sve elementi emocionalne inteligencije.

Landa i Zafra (2010) naglašavaju da je razvoj empatije, kao jednog od aspekta emocionalne inteligencije, središnji faktor mnogih teorija sestrinstva te da emocionalna inteligencija omogućava sestrama razvijanje terapijskog odnosa s pacijentima i njihovim obiteljima te bolje nošenje sa stresom. Nadalje, emocionalna inteligencija se povezuje s manjom učestalošću *burn out* sindroma te većim zadovoljstvom poslom i boljim zdravljem kod medicinskih sestara. Iz navedenog razloga ovi autori preporučuju uključivanje elemenata emocionalne inteligencije u nastavne programe budućih medicinskih sestara kako bi se kao budućim

kompetentnim profesionalcima omogućilo razumijevanje u upravljanje emocionalnim stanjima.

McQueen (2004) smatra da bi procjena emocionalne inteligencije trebalo raditi već pri prijavi kandidata na sestrinske programe. Nadalje, ističe se vrijednost i značenje emocionalne inteligencije u timskom radu, među sestrama različitih uloga, ali i u suradnji s drugim članovima zdravstvenog tima. Codier i suradnici proveli su istraživanje u kojem je dobivena pozitivna povezanost između nekih konstrukata emocionalne inteligencije (empatija, rješavanje problema, interpersonalnih odnosa i samosvijesti) sestrinske profesionalnosti, uspješnosti obavljanja zadataka i intuicije. Rezultati ukazuju na značajnu vezu emocionalne inteligencije s važnim sestrinskim konceptima, poput, profesionalizma, intuicije i obavljanja zadataka (Davies, Jenkins, Mabbett, 2010).

Kvalitativno istraživanje koje su proveli Davies i sur. (2010) pokazalo je da medicinske sestre/tehničari percipiraju emocionalnu inteligenciju kao ključni dio njihovog posla, bez obzira na poziciju na kojoj se nalaze. Iako je ona relativno novi koncept u sestriinstvu, svaki je ispitanik prepoznao relevantne attribute emocionalne inteligencije kao ključne odrednice kvalitetne skrbi.

Istraživanje koje su proveli Rego i suradnici dobivena je povezanost šest dimenzija sestrinske emocionalne inteligencije i dvije dimenzije njihovog njegujućeg ponašanja. Rezultati su pokazali da se na temelju stupnja emocionalne inteligencije sestara može predvidjeti njihovo njegujuće ponašanje. Najbolji prediktori su samoohrabivanje i samokontrola. Sestre s visokim stupnjem samoohrabivanja su motivirane fokusirati se na potrebe pacijenta i njegove obitelji, ostaviti snažniji dojam „sestrinske prisutnosti“ te nastaviti njegovati vjeru i nadu i kada su sve medicinske opcije potrošene.

Visoka empatija može imati i pozitivan i negativan utjecaj za zdravstvenu njegu pacijenta, ovisno o stupnju povezanosti s drugim dimenzijama emocionalne inteligencije. Medicinske sestre s visokom samokontrolom prilikom suočavanja s kritikom su otvorenije u komunikaciji s pacijentom i njegovom obitelji. Navedeno čini pacijenta i obitelj sklonijima dijeliti vlastite brige i osjećaje s njima. Posljedica toga je da sestre bolje razumiju pacijenta, raspravljaju o njihovim brigama, pomažu im i pokazuju brigu za njih na način pun poštovanja. Takve medicinske sestre njeguju odnos povjerenja i međusobno razumijevanje, razvijaju pozitivnu povezanost i pomažu pacijentu u očuvanju međusobne emocionalne izmjene.

Sestrinstvo je profesija koja je usko povezana s odnosima među ljudima, bilo da je riječ o bolesnicima kojima se pruža zdravstvena njega, obitelji bolesnika koji dolaze zabrinuti za svojeg člana ili odnosima sa suradnicima i nadređenima. Medicinska sestra mora biti emocionalno zrela i stabilna osoba kako bi mogla razumjeti i nositi se s ljudskim patnjama, hitnim stanjima, zdravstvenim problemima i etičkim dvojabama. Nadalje, medicinska sestra treba biti kadra razumjeti pacijentove osjećaje i ponašanja u određenoj situaciji, biti spremna prihvatiti odgovornost, raditi samostalno, ali i timski (Rego i sur., 2010).

3.2. Savjetovanje obitelji

Jedan od oblika zdravstvene komunikacije je savjetovanje. Savjetovanje je proces tijekom kojeg se ljudima pomaže da se uspješnije prilagode životnim uvjetima i da samostalno rješavaju aktualne i buduće probleme. To je proces u kojem osoba uz podršku savjetnika sama otkriva i nalazi efikasnije oblike rješavanja problema. Riječ je o sustavnoj i programiranoj pomoći, a svrha joj je uspješnije prevladavanje nedaća i teškoća izazvanih bolešću te stvaranje uvjeta za očuvanje i razvoj osobnih mogućnosti i odgovornog ponašanja prema samom sebi, obitelji i društvu.

Da bi se to postiglo, nužne su promjene. Promjena može biti relativno mala (u smislu boljeg razumijevanja problema, situacije i sl.) i veća (promjene u načinu nečijeg razmišljanja, osjećanja i postupanja). Komunikaciju savjetovanja tijekom liječenja abdominalne boli s obitelji oboljelog, osim liječnika, obavlja i medicinska sestra. Tijekom savjetovanja, medicinska sestra trebala bi uvijek biti svjesna da svojom komunikacijom i pristupom obitelji oboljelog djeluje na obitelj i na njihov stav prema situaciji u kojoj se obitelj našla.

Nadalje, medicinska sestra treba znati da je savjetovanje jedno od područja primijenjene psihologije čiji je osnovni cilj pružanje psihosocijalne pomoći obitelji u situaciji koja iz je zadesila, odnosno u situaciji u kojoj se otežano snalaze. Svrha savjetovanja je omogućavanje obitelji da bolje razumije vlastitu situaciju i mogućnosti.

Riječ je o metodi pružanja pomoći trenutačno psihički i emocionalno ugroženoj obitelji. Medicinska sestra svojim savjetima mora pozitivno djelovati na obitelj i na taj način joj pomoći da se prilagodi novim životnim uvjetima kako bi bila sposobna samostalno rješavati akutne i buduće probleme. Iz navedenog, može se uočiti da je savjetovanje nužan dio svakodnevnog posla medicinske sestre. No, da bi medicinska sestra uspješno obavljala ovaj zadatak, potrebno je da radi na vlastitoj emocionalnoj inteligenciji i komunikacijskim vještinama koje su nužne za dobar pristup pacijentu i njegovoj obitelji (Radibratović, Sindik, 2013).

Djelotvorna i zadovoljavajuća komunikacija između bolesnika i njegove obitelji te medicinske sestre moguća je samo ako su sadržaji poruka razumljivi bolesniku i njegovoj obitelji. Nadalje, sadržaji poruka moraju biti strukturirani na način da se mogu lako zapamtiti. Propusti u komunikaciji često se događaju zbog što bolesnik i njegova obitelj ne razumiju brojne izraze koje koriste medicinske sestre i poradi toga što ne mogu zapamtiti sve informacije koje dobivaju. Laici često ne razumiju medicinski žargon pa i to djeluje na njihovo nerazumijevanje bolesti.

Pogrešno razumijevanje medicinskih izraza i polovično ili nikakvo poznavanje funkcija raznih organa, može izazvati potpuno iskrivljeno shvaćanje obavijesti o bolesti. Medicinska sestra trebala bi navedeno imati na umu te raditi na tome da pacijenti i njihove obitelji razumiju bolest, terapiju, moguće posljedice i sl.

Iz navedenog, postoje savjeti koji mogu poboljšati komunikaciju (Radibratović, Sindik, 2013):

- Koristiti jednostavne izraze – pacijenti najčešće ne razumiju medicinske termine i zato medicinska sestra treba izbjegavati medicinski žargon u komunikaciji s pacijentom i njegovom obitelji. Potreban je individualni pristup koji uzima u obzir dob, obrazovanje i zanimanje onog s kim se komunicira.
- Ponoviti savjete više puta – prvo treba dati najbitnije savjete jer se oni najčešće i najbolje zapamte.
- Provjeriti da li je savjet zapamćen.
- Koristiti pisane materijale s informacijama o bolesti i načinu liječenja.

4. ZAKLJUČAK

Abdominalna bol kod djece može biti vrlo neugodna kako za dijete tako i za njegovu obitelj. Iako je najčešće riječ o beznačajnoj boli, akutna i jaka abdominalna bol je vrlo često je simptom intraabdominalne bolesti. Ono što treba naglasiti je da abdominalni bolovi često ostavljaju dubok trag na dijete i njegovu obitelj. Nadalje, pojava boli sa sobom nosi strah, neizvjesnost, sumnju i brojne druge psihičke, ali i fizičke reakcije s kojima se dijete i njegova obitelj trebaju suočavati.

U prevenciji boli kao i u praćenju njezine pojavnosti medicinske sestre imaju iznimno važnu ulogu. No, bitno je istaknuti da se naglasak ne bi trebao staviti samo na dijete, već i na njegovu obitelj, posebno, kada je riječ o novorođenčetu ili malom djetetu. Holistički pristup medicinske sestre pacijentu obuhvaća skrb za pacijenta, ali za članove njegove obitelji.

Bitno je da prilikom dijagnosticiranja i odabira načina liječenja RAB-a bolesnik i njegova obitelj budu upoznati sa svime što se odnosi na bolest, da im se objasne metode liječenja, ali i da im se pruži kvalitetna psihološka i moralna podrška. Stoga, medicinska sestra, kao i drugi zdravstveni radnici djetetu i njegovoj obitelji trebaju pristupiti na individualan način.

LITERATURA

1. Drossman D. A., *Chronic functional abdominal pain. Am J Gastroenterol.* 1996; 91: 2270-81
2. Croffie J. M, Fitzgerald J. F, Chong S. K. F., *Recurrent abdominal pain in children – a retrospective study of outcome: a retrospective study of outcome in a group referred to a pediatric gastroenterology practice. Clin Pediatr.* 2000;39:267-74
3. Sanders M. R., Shepherd R. W., Cleghorn G., Woolford H., *The treatment of recurrent abdominal pain in children: a controlled comparison of cognitive-behavioral family intervention and standard pediatric care. J Consult Clin Psychol.* 1994; 62:306-14
4. Scott R. B., *Recurrent abdominal pain. Chapter 15: Manifestations of GI disease in the child. In: First principles of gastroenterology, Karger publishers*1997; 565-568.
5. Lake A. M., *Chronic abdominal pain in childhood: diagnosis and management. Am Fam Physic.* 1999;7:1823-33.
6. Boyle J. I., *Abdominal pain. U: Walker W. A., Goulet O., Kleinman R. E., Sherman P. M., Shneider B. L., Sanderson I. R., U: Pediatric Gastrointestinal Disease, 4. izd. Hamilton, Ontario BC Decker Inc, 2004;232-43.*
7. Thiessen P. N., *Recurrent abdominal pain. Pediatr. rev.* 2002;23:39-45.
8. Seng Hock Q, Chin Khoon Wong. *Recurrent Abdominal Pain: An Aetiological Study among Singapore Children. Scientific World Journal* 2005; 28 (5): 64-70.
9. Al-Chaer E. D., Kawasaki M., Pasricha P. J., *A new model of chronic visceral hypersensitivity in adult rats induced by colon irritation during postnatal development. Gastroenterology.* 2000;119(5):1276-85.
10. Talley N. J., Spiller R., *Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease? Lancet.* 2002;360:555-64
11. Walker L. S., Lipani T. A., Greene J. W., et al. *Recurrent abdominal pain: symptom subtypes based on Rome II criteria for pediatric functional gastrointestinal disorders. J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2004;38:187-91
12. Hyams J. S., Davis P., Sylvester F. A., et al. *Dyspepsia in children and adolescents: a prospective study. J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2000;30:413-8.

13. Di Lorenzo C., Colletti R., Lehmann H., Boyle J. T., Gerson W., Hyams J., Squires R., Walker L., Kanda P., *Abdominal Pain in Children: A Clinical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal Pain and NASPGHAN Committee on Abdominal Pain.* *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005;40(3):245-8.
14. Schurman J. V., Friesen C. A., Danda C. E., Andre L., Welchert E., Lavenbarg T., Cocjin J. T., Hyman P. E., *Diagnosing Functional Abdominal Pain with the Rome II Criteria: Parent, Child, and Clinician Agreement.* *J Pediatr Gastroenterol.* 2005; 41(3):291-5.
15. Thompson W. G., Longstreth G. F., Drossman D. A., Heaton K. W., Irvine E. I., Müller-Lissner S. A., *Functional bowel disorders and functional abdominal pain.* *Gut.* 1999;45(Suppl 2): II43- II47
16. Rasquin A., Di Lorenzo C., Forbes D., Guiraldes E., Hyams J. S., Staiano A., Walker LS. *Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent.* *Gastroenterology.* 2006;130:1527-37.
17. Source: American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN) Subcommittee on Chronic Abdominal Pain. *Chronic abdominal pain in children.* *Pediatrics* 2005;115(3):370-81.
18. Hyams J. S., Burke G., Davis P. M., Rzepski B., Andrulonis P. A., *Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community-based study.* *J Pediatr* 1996;129:220-6.
19. Powell R. *On certain painful afflictions of the intestinal canal.* *Med Trans Royal Coll Phys* 1818;6:106–17.
20. Humphreys P. A., Gevirtz R. N., *Treatment of Recurrent Abdominal Pain: Components analysis of four treatment protocols.* *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2000; 31(1):47-51
21. Peršić M., *Recidivirajući abdominalni bolovi u djece.* *Paediatr Croat.* 1996;40 (Suppl 2.):109-16.
22. Campo J. V., Bridge J., Ehmann M., Altman S., Lucas A., Birmaher B., Di Lorenzo C., Iyengar S, Brent D. A., *Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care.* *Pediatrics.* 2004;113(4):817-24

23. Compas B. E., Thomsen A. H., *Coping and responses to stress among children with recurrent abdominal pain. J Dev Behav Pediatr.* 1999;20:323-4
24. Ramchandani P. G., Hotopf M., Sandhu B., Stein A and the ALSPAC Study Team. *The epidemiology of recurrent abdominal pain from 2 to 6 years of age: results of a large, population-based study. Pediatrics* 2005;116(1):46-50.
25. Colleen GALLAGHER – Ryan HOLMES, *Handling Cases of Medical Futility, u: Hec Forum, 24 (2012.) 2, 95–97.*
26. Landa, J. M. A, i Lopez – Zafra, E. (2010). *The impact of Emotional Intelligence on Nursing. Psychology, 1, 50 – 58.*
27. McQueen A.C.H. (2004). *Emotional intelligence in nursing work. Journal of Advanced Nursing* 47(1), 101–108, Blackwell Publishing Ltd.
28. Feather, R. (2009). *Emotional intelligence in relation to nursing leadership: does it matter? Journal of Nursing Management* 17, 376–382.
29. Davies, S., Jenkins, E., Mabbett, G. (2010). *Emotional intelligence: district nurses' lived experiences. British Journal of Community Nursing, Vol 15, No 3, 141-146.*
30. Rego, A., Godinho, A., Mcqueen, A., Cunha, M. P. (2010). *Emotional intelligence and caring behaviour in nursing. The Service Industries Journal, Vol. 30, No. 9, 1419–1437.*
31. Radibratović, I., Sindik, J., *Važnost razumljivosti u komuniciranju u zdravstvenih djelatnika, Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije, Odjel za školsku medicinu*
32. <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/65/duhovna.htm>
33. *Zakonu o izmjenama i dopunama Zakona o sestriinstvu (NN 56/11).*
34. http://www.hkms.hr/data/1316431477_292_mala_kompetencije_18062011_kompletno.pdf

POPIS SLIKA

<i>Slika 1: Preporučeni postupnik za RAB na razini primarne zdravstvene zaštite.</i>	<i>16</i>
<i>Slika 2: Načela pružanja zdravstvene njege</i>	<i>21</i>

POPIS TABLICA

<i>Tablica 1: Pojmovi koji se rabe u opisu dječje abdominalne boli</i>	<i>3</i>
<i>Tablica 2: Funkcionalni gastrointestinalni poremećaji - Rome III dijagnostički kriteriji</i>	<i>4</i>
<i>Tablica 3: Organski uzroci recidivirajućih abdominalnih bolova</i>	<i>6</i>
<i>Tablica 4: Bolovi u truhu uzrokovani funkcionalnim gastrointestinalnim poremećajima - Rome III dijagnostički kriteriji.....</i>	<i>8</i>
<i>Tablica 5: "Alarm", odnosno upozoravajući simptomi u abdominalnoj boli</i>	<i>13</i>
<i>Tablica 6 : 5 komponenti za postavljanje dijagnoze RAB-a.....</i>	<i>14</i>