

Radno-terapijski proces u bolesnika s kroničnom boli s posebnim osvrtom na križobolju

Work therapy process in patients with chronic pain with special reference to lower-back pain

Edina Pulić, Dubravka Šimunović*

Sažetak

Križobolja predstavlja jedan od najučestalijih zdravstvenih problema današnjice. Preko 60% stanovništva u nekom trenutku svoga života osjetit će bol u leđima. Smanjeno funkcioniranje koje nastaje kao rezultat bolova u leđima znatno je povećano i sada je jedan od najčešćih uzroka onesposobljenja odraslih osoba. Od posebnog je značaja da se kod sve većeg broja ljudi razvijaju kronični oblici onesposobljenja. Prema istraživanju Eurobarometra iz 2007. godine "Zdravlje u Europskoj uniji" gotovo jedna trećina ispitanika osjetila je mišićno-koštano bol koja je narušila kvalitetu svakodnevnog života. Radno-terapijski proces obuhvaća radno-terapijsku procjenu, radno-terapijsku intervenciju i evaluaciju, koja je usmjerena na biopsihosocijalni model, te radno terapijske programe tretiranja boli i križobolje. Križobolja postaje iz dana u dan javnozdravstveni problem koji nameće ogroman gospodarski teret. U konačnici onesposobljenje kao rezultat boli ima razarajući utjecaj na aktivnosti svakodnevnog života.

Ključne riječi: križobolja, bol, kvaliteta života, radna terapija, radno-terapijski proces

Summary

Lower-back pain is one of the most common health problems of our time. Over 60% of the population at some point in their lives reports having sensed this type of pain. Reduced functioning that occurs as a result of back pain is significantly increased and is now one of the most common causes of disability in adults. It is particularly important to note that the increasing number of people is developing chronic forms of disability. According to the Eurobarometer survey "Health in the European Union" from 2007, almost one third of respondents felt the muscle – bone pain which has undermined the quality of their everyday life. Occupational therapy process involves occupational therapy assessment, occupational therapy intervention and evaluation which is focused on the biopsychosocial model and occupational therapy programs for treating pain and back pain. Lower-back pain is a public health problem that imposes a huge economic burden. Disability as a result of pain has a devastating impact on the individual and the quality of everyday life.

Key words: back pain, pain, quality of life, occupational therapy, occupational therapy process

Med Jad 2016;46(3-4):115-123

Uvod

Od početka 20. stoljeća terapijske intervencije križobolje usmjeravale su se na poremećaje u leđima i olakšavanje boli. Sredinom 1970-ih dolazi do porasta svijesti da samo prisutnost poremećaja u leđima ne

objašnjava pojavu križobolje i da biomedicinski pristup ne može uvijek riješiti i ublažiti križobolju. Upravo su zbog toga današnja istraživanja usmjerena na pitanje zašto je križobolja sve više povezana s onesposobljenjem i koje intervencije mogu spriječiti onesposobljenje ili pomoći osobama da ponovno

* **Zdravstveno veleučilište Zagreb** (Edina Pulić, bacc. therap. occup., prof. reh.; dr. sc. Dubravka Šimunović, prof. v.š.)

Adresa za dopisivanje / *Correspondence address:* Edina Pulić, bacc. therap. occup., prof. reh. / dr. sc. Dubravka Šimunović, prof. v.š., Zdravstveno veleučilište Zagreb, Studij radne terapije, Ksaver 209, 10000 Zagreb, Hrvatska; e-mail: edina.pulic@zvu.hr; dubravka.simunovic@zvu.hr

Primljeno / *Received* 2015-02-16; Ispravljeno / *Revised* 2016-04-21; Prihvaćeno / *Accepted* 2016-05-24.

ostvaruju funkcionalne aktivnosti. Jedan od najočitijih simptoma križbolje je bol. Bol je neugodan individualni osjećaj koji je vrlo teško definirati. Svatko od nas doživljava i podnosi bol na sebi svojstven način. Međunarodno udruženje za istraživanje boli (IASP) definira bol kao "neugodan senzorički i emocionalni doživljaj povezan sa stvarnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva."^{1,2} Navedenu definiciju za bol izdalo je Svjetsko udruženje (IASP) osnovano 1973. s osnovnim zadatkom promicanja boli kao entiteta, odnosno bolesti i ukazivanje na nužnost pravilnog i pravovremenog pristupa njenom liječenju. Preporuke IASP- a prihvatio je veliki broj europskih zemalja, a 1995. osnovano je Europsko udruženje (EFIC), koje vrlo energično potiče razvoj medicine boli kao nove djelatnosti. Problem boli bio je poticaj za EFIC da davne 2001. pokrene globalni projekt "Europa protiv boli" (EAP)³ koji je prihvatilo 26 europskih zemalja. Godine 2002. Hrvatsko društvo za bol postaje jedan od članova velikih svjetskih udruga i prihvaća predloženi program razvoja. Općenito, možemo reći da svaki mjesec 10% odraslih osoba ima određena ograničenja u aktivnostima zbog križbolje. Od posebnog je značaja istaknuti da se kod sve većeg broja ljudi razvijaju kronični oblici onesposobljenja. Čini se da razlozi za to uključuju "promijenjene stavove i očekivanja, promjene u medicinskim idejama i upravljanjima i promjene socijalnih odredbi druge polovine dvadesetog stoljeća".^{3,4}

Životni čimbenici koji su povezani s povećanim rizikom od križbolje su među brojnima: težak ručni rad, sjedilački način rada, vožnja, pušenje i trudnoća. Bol u leđima se može pojaviti od djetinjstva do starosti, no udio ljudi koji izvještavaju o boli u leđima povećava se od kasnijih tinejdžerskih godina (18, 19) do ranih 50-ih ostajući konstantan sve do 60-ih godina. Za većinu osoba, bol u leđima je mehaničke prirode, bol koja je mišićno koštanog podrijetla i njezini simptomi variraju s različitim tjelesnim aktivnostima.⁵ Nužno je istaknuti da je manji broj uzrokovan nekim drugim stanjima (primjerice, manje od 1% je posljedica upalne ili sustavne bolesti, a manje od 5% je posljedica lumboishijalgije). Samo mali dio ovih posljedica zahtijeva operaciju. Međutim, dijagnoza jednostavne boli u leđima ne znači i da je bol nužno blaga. Vrlo je važno znati da bol ne znači uvijek da je došlo do ozljede. U slučajevima kronične boli vrlo je vjerojatno da su neispravni mehanizmi doveli do boli daleko prije nego da se radi o ozljedi tkiva. Vrlo je važno osobi koja ima bol u leđima što ranije prenijeti informacije, jer mnogi ljudi vjeruju da intenzivna bol odražava ozbiljnije ozljede ili bolesti. Tome nije tako, osobe

koje na taj način razmišljaju imati će manji funkcionalni oporavak, za razliku od onih koji shvaćaju da suočavanje s boli ne znači da se u njihovim leđima dogodila neka povreda ili oštećenje. Iz tog je razloga križbolja postala veliki javnozdravstveni problem kao najčešći uzrok izostanka s posla, odnosno produljenog bolovanja koji nameće ogroman gospodarski teret.

Teorija nadzornog ulaza

Najšire prihvaćena teorija boli Melzacka i Walla,⁴ opisuje mehanizam kojim se impuls boli može modulirati. Ova teorija u najvećoj mjeri uzima u obzir mogućnost modifikacije bolnih impulsa pomoću procesa u središnjem živčanom sustavu. Teorija kontrole prolaza pretpostavlja postojanje neuralnog mehanizma u dorzalnim rogovima kraljezničke moždine koji djeluje kao "prolaz" i koji može pojačati i smanjiti prodor živčanih podražaja od perifernih vlakana k središnjem živčanom sustavu. Živčani impulsi su prema tome modificirani pod utjecajem ovoga mehanizma prije nego izazovu percepciju boli. Prema ovoj teoriji, živčani impulsi koji prolaze debelim živčanim vlaknima velikoga promjera imaju tendenciju zatvaranja prolaza, dok živčani impulsi u tankim živčanim vlaknima, imaju tendenciju otvaranja prolaza. Pretpostavka je da je prolaz živčanih impulsa prema mozgu pod jakim utjecajem silaznih živčanih impulsa koji iz mozga stižu u odgovarajuća područja kraljezničke moždine. Brojni sinaptički prijelazi koji se nalaze na putu živčanih impulsa sve do njihova dolaska u viša moždana područja mogu modificirati bolne impulse i tako djelovati na modificiranje doživljaja boli. Prema teoriji kontrole prolaza, osnovnu ulogu u modifikaciji prolaza živčanih impulsa kroz kraljezničku moždinu ima želatinozna tvar u dorzalnim rogovima kraljezničke moždine. Proces koji se zbivaju mogu dovesti do odašiljanja impulsa prema višim dijelovima živčanoga sustava, preko aktiviranja prijenosnih stanica (T-stanica) ili dovođenja do inhibicije odašiljanja podražaja iz T-stanica.⁶ Smatra se da procesi pažnje, intenzivna emocionalna stanja, očekivanja, prijašnje iskustvo, razni kognitivni procesi i drugo, mogu na taj način modificirati bolne impulse ili potpuno blokirati njihov prolaz do mozga na razini kraljezničke moždine. Ovom teorijom moguće je objasniti zašto jednako intenzivni podražaji kod jedne osobe mogu izazvati jaku bol, a kod druge umjerenu ili slabu; zatim, zašto u nekim stanjima uopće ne osjećamo bol, a u drugim je njezin intenzitet veći nego se očekuje s obzirom na intenzitet podražaja. Ova teorija najviše je doprinijela uvođenju

raznih psiholoških postupaka suzbijanja boli. Čimbenici za koje se smatra da zatvaraju prolaz boli su: situacije opasne po život, nemir, vježbe, relaksacija, masaža, transkutana elektonervna stimulacija (TENS) i akupunktura. Čimbenici za koje se smatra da otvaraju prolaz boli su razmišljanje o boli, nepokretljivost, stres, napetost, strah od boli i umor.

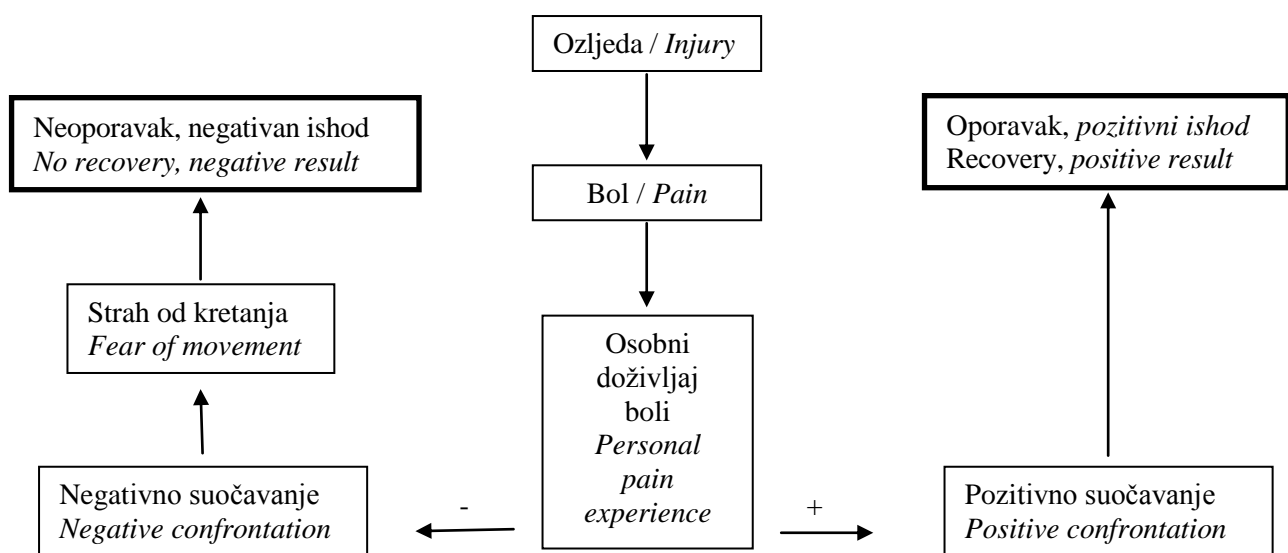
Strah od boli

Strah od boli ili izbjegavanje boli specifična je za pojedince koji su skloni izbjegavati aktivnosti koje povećavaju bol ili dovode do opetovanog ozljeđivanja. Postoje mnogi čimbenici koji povećavaju razinu straha. Ukoliko, osoba vjeruje da se bol pogoršava izvođenjem aktivnosti, pri čemu može doći do novog oštećenja kralježnice, velika je vjerojatnost da će osoba izbjegavati aktivnosti. Vlaeyen i sur.,^{7,8,9,10} opisuju kognitivno-bihevioralni model straha od kretanja/ponovnog ozljeđivanja koji pokazuje kognitivni odgovor pojedinca na iskustvo boli za koje je utvrđeno da utječe na oporavak funkcije (Slika 1). Među pojedincima često se susreće opis boli kao "Katastrofalni odgovor", bol se detektira kao katastrofalna, te rezultira lošim funkcionalnim oporavkom. Sposobnost pojedinca da postavi realne ciljeve utječe na detekciju i doživljaj boli. Jaki empirijski dokazi razvili su multidisciplinarni pristup upravljanju boli.⁸ Ukoliko terapeut savjetuje osobu da

počne s vježbama (primjerice plivanje) i osoba odmah otpočne s aktivnošću plivanja, te nakon toga dobije upalu mišića, mala je vjerojatnost da će vježbu ponoviti. Osoba koja postupno započinje i provodi aktivnost plivanja, tu će istu aktivnost doživjeti manje bolno i više je vjerojatno da će je dulje provoditi.

Utjecaj boli na funkciju

Većina funkcionalnih ograničenja koja se pojavljuju kod križobolje rezultat su izbjegavanja određenih položaja i aktivnosti zbog straha od boli, boli i/ili straha od ponovnog ozljeđivanja, a ne mehaničkih ograničenja zbog strukturalnih promjena kralježnice. Osoba s kroničnom boli postaje manje aktivna, lakše i brže se umara i čak i za vrijeme "dobrih dana" obavlja puno manje aktivnosti nego prije.¹¹ Mnoge osobe ističu da se osjećaj boli pojačava za vrijeme obavljanja aktivnosti. Većina osoba tolerira bol do trenutka kada više ne mogu tolerirati pokret. Odmor je za veći broj osoba metoda kojom pokušavaju smiriti bol. Osoba nakon bolnih senzacija obično nastavlja s aktivnošću do maksimalne tolerancije boli. Vremenom razina aktivnosti kojom osoba upravlja prije pojave otežavajuće boli postupno se smanjuje, što dovodi do ograničenja u funkcionalnim aktivnostima.¹² Ograničenje se može očitovati u gotovo svim aktivnostima, poput posla, kućanskih zadataka, aktivnosti slobodnoga vremena i seksualnih aktivnosti.



Slika 1. Strah od kretanja
(Prilagođeno prema kognitivno bihevioralnom modelu straha od kretanja/ponovnog ozljeđivanja)
Picture 1. Fear of movement
(Adapted from cognitive behavioral model of fear of movement/(re)injury)

Kod osobe se smanjuje tolerancija na hodanje, sjedenje, stajanje i druge kontinuirane položaje. Sve to može uzrokovati poteškoće na poslu, smanjeno participiranje u socijalnim aktivnostima i drugim aktivnostima, poput odlaska na godišnji odmor. Kao rezultat toga, mnoge osobe s kroničnom križoboljom gube povezanost s prijateljima i osjećaju se društveno izoliranima. Seksualni problemi, povećana razdražljivost i povlačenje mogu dovesti do problema u odnosima s partnerom i obitelji. Osobe izbjegavaju aktivnosti i izvještavaju da je njihov život van kontrole.¹³ U višedimenzionalnom kontekstu, to se ponekad opisuje kao spirala boli. Osobe mogu doživjeti da su njihove svakodnevne životne uloge (radnika, roditelja, partnera, prijatelja) ugrožene.¹⁴ Mnoge osobe izvještavaju o manjku samopouzdanja i sve većem osjećaju onesposobljenja, ali i osjećaju frustracije, jer drugi često smatraju da pojedinac simulira. Implicitna krivnja i psihogeni uzroci onesposobljenja osobito su destruktivni i dovode do osjećaja osobnoga očaja i nepovjerenja zdravstvenih profesionalaca, što može negativno utjecati na rehabilitaciju.

U konačnici onesposobljenje kao rezultat boli u leđima može imati razarajući utjecaj na kvalitetu života. Bol dovodi do poremećaja spavanja, niskog raspoloženja i anksioznosti. Kako bol u leđima utječe na fizičko i psihičko blagostanje, tako se ograničava stečeni kapacitet sa svim pripadajućim društveno-negativnim posljedicama za osobu i njihovu obitelj.¹⁵ Za društvo, vrijeme koje osoba provede na bolovanju ima negativan praktični i financijski učinak na poslodavca i šire gospodarstvo.

Radni terapeut u zdravstvenom timu

Bol u leđima se sve više sagledava u kontekstu programa upravljanja boli obično unutar grupa. Preporuka je u tim uključiti kvalificirane medicinske stručnjake za bol, kao što su: klinički psiholog, fizioterapeut, radni terapeut i medicinska sestra.¹⁶ Članovi tima ovise o grupi klijenata za koje je program namijenjen, kao što su: grupe prevencije ili rane intervencije boli u leđima, grupe za upravljanje kroničnom boli, grupe s posebnim naglaskom na osobe s potpunim fizičkim onesposobljenjima, grupe za afektivne promjene ili ograničenja, te grupe za socijalnu pomoć i sl.¹⁷

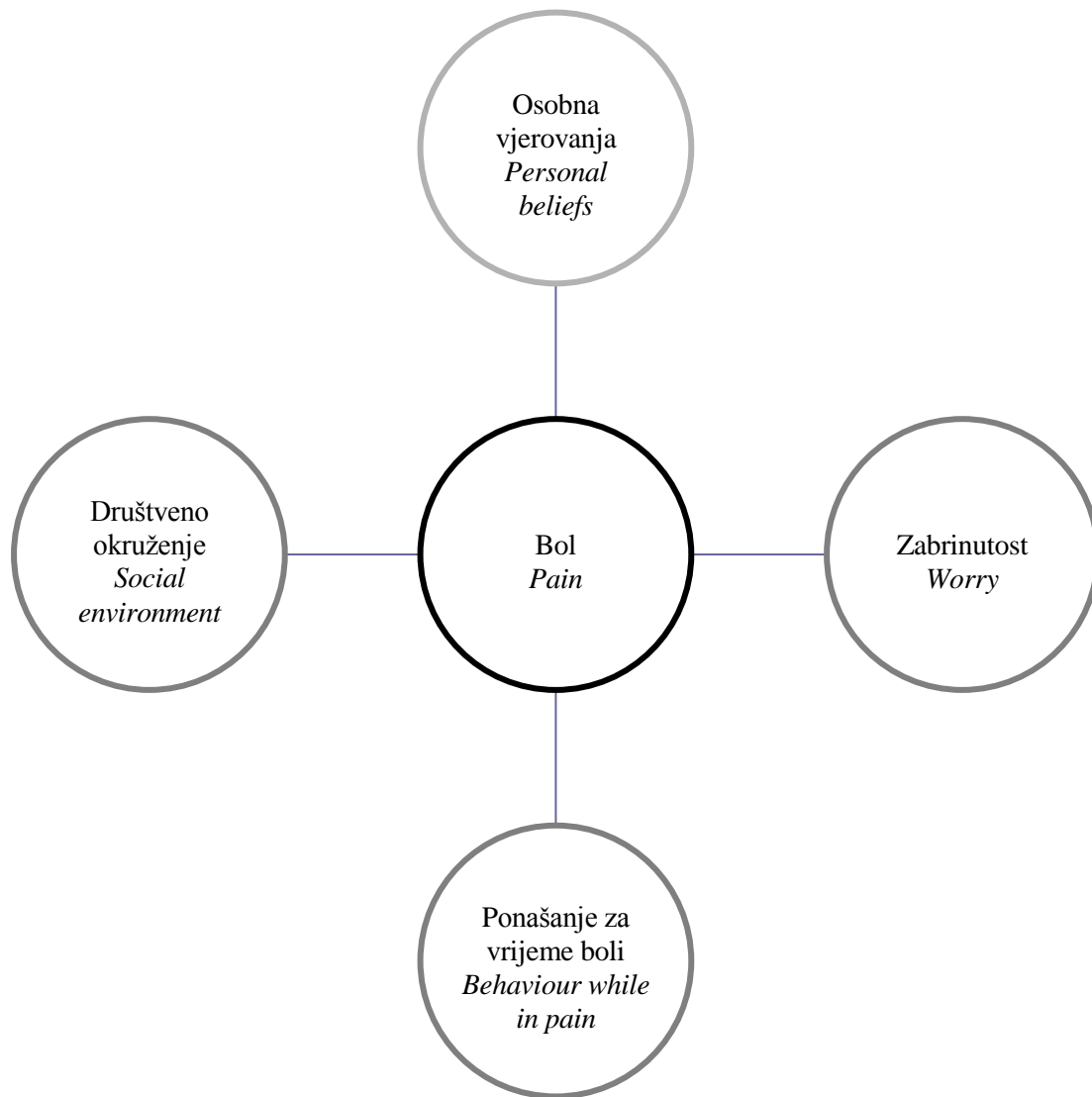
Članovi tima trebaju jedinstveno i zajednički unijeti jedinstvene profesionalne vještine u liječenje akutne i kronične boli u leđima. Oni omogućuju pojedincu da razvije vještine upravljanja boli. Uloge članova tima često se preklapaju i upravo to se može koristiti kako bi se osigurala dosljedna poruka s

obzirom da se radi o skupini sudionika.¹⁸ Ovisno o dostupnim resursima određene zajednice, također se mogu ponuditi i intervencije "jedan na jedan" koje su obično dio širega tima (kirurški, reumatološki, zajednica). Prema definiciji Hrvatske udruge radnih terapeuta radna terapija jest zdravstvena djelatnost čiji je cilj omogućiti pojedincima i skupinama postizanje optimalnog funkcioniranja u aktivnostima dnevnog života koje uključuju samozbrinjavanje, produktivnost i slobodno vrijeme. Namijenjena je osobama čije su sposobnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti umanjene razvojem, ozljedom ili bolešću, starenjem, psihološki, socijalno, kulturno, ili kombinacijom navedenoga. Uloga radnog terapeuta unutar tima koji tretira križobolju je uvježbavanje aktivnosti dnevnoga života, edukacija o ergonomskim tehnikama i ergonomskim prilagodabama okružja, postavljanje funkcionalnih ciljeva, te povratak osobe na posao.

Radno-terapijski proces kod križobolje

Radno-terapijski proces je dinamičan proces, koji obuhvaća radno-terapijsku procjenu, radno-terapijsku intervenciju i evaluaciju. Radno-terapijski proces temelji se na početnoj i ponavljanoj radno-terapijskoj procjeni. Precizan fokus radno-terapijske procjene ovisi o kontekstu upućivanja na radnu terapiju, primjerice, poteškoće na poslu, poteškoće izvođenja aktivnosti svakodnevnog života ili upućivanje nakon operacije.¹⁹ Većina procjena koje se izvode trebaju odražavati elemente bio-psihosocijalnog modela^{20,21} (Slika 2). Vrijednost modela može se sagledati kroz model koji kombinira elemente (bol, stavovi i uvjerenja, psihosocijalni stres, bolno ponašanje i socijalno okružje) koji pridonose razvoju onesposobljenja kroz klijentovo doživljavanje onesposobljenja u bilo kojem trenutku. Radno-terapijska procjena često se odvija zajedno s drugim članovima tima i osigurava cjelovitu sliku klijentove boli i onesposobljenja. Standardizirane funkcionalne procjene uključuju Kanadsku mjeru okupacijskog izvođenja (COPM)²² koja nam može pomoći u postavljanju kliničkih ciljeva. Procjena motoričkih vještina i vještina procesuiranja (AMPS)²³ mjeri kvalitetu klijentove ukupne sposobnosti prilikom obavljanja kućanskih i osobnih aktivnosti. Test 5-minutnog hoda i test sjedenja prema stajanju (sit-to-stand test), procjenjuje fizičke funkcije koje osobi pružaju povratnu informaciju o osobnom napretku. Često se upotrebljavaju i standardizirani upitnici samoprocjene boli u križima kao što je Oswestry test.²⁴

Specifične nestandardizirane procjene koje se također mogu i trebaju koristiti, usmjerene su na ergonomsku procjenu doma i radnoga okružja.



Slika 2. Procjena boli i onesposobljenja (Prilagođeno prema biopsihosocijalnom modelu kliničke slike, procjene boli i onesposobljenja kod križobolje – Waddell i sur. 1984.)

Picture 2 Assessment of pain and disability (Adapted from biopsychosocial model of the clinical picture, assessment of pain and disability with back pain)

Ljudske karakteristike i ograničenja uvelike mogu utjecati na dizajn opreme, okruženje, proizvode, sustave i radna mjesta.²⁵ Ergonomski pristup kao dio radno-terapijskoga procesa usmjeren je na analizu "Tehnike svjesnost leđa", čija je zadaća educirati osobe s križoboljom da razumiju "kako nešto izvesti sigurno, učinkovito i ugodno unutar nekoga okruženja".²⁶ Naglasak u radno-terapijskoj intervenciji, većim dijelom je usmjeren na razumijevanje tehnike, pri čemu se teži da osoba osvijesti važnost leđa iz pozitivnijega konteksta, što ne znači i doživljavanje leđa izričito u kontekstu "krhka/lomljiva". Autori preferiraju korištenje "svjesnost leđa", kako bi prenijeli razuman pristup obavljanja aktivnosti koji će

umanjiti dodatnu bol ili nelagodu koja je uzrokovana lošim ili stalnim položajem i ponavljajućim pokretima. Ovaj pristup naglašava i omogućuje pojedincu da se uključi u aktivnosti s više pouzdanja, kroz dulja razdoblja i u širem opsegu, a ne da izbjegava aktivnosti zbog straha da "krivi" pokret može ponovno prouzročiti ozljedu. Razumijevanje načela ergonomije, pomaže radnom terapeutu u podupiranju klijenta pri zapošljavanju ili u pripremi za povratak na posao, te učinkovitim povezivanju s poslodavcem. U većini slučajeva radno-aktivne osobe većinu vremena na poslu provode sjedeći ili stojeći. Stajanje, je učestalije u uslužnim djelatnostima i kod rukovanja s teškim i velikim predmetima za koje su potrebni jaki

mišići u donjem dijelu tijela. Uspravni stojeći položaj zahtijeva malu spinalnu mišićnu energiju. Međutim stajanje kroz dulje vrijeme, može uzrokovati bol u nogama i stopalima. U većini slučajeva pojedinci preferiraju sjedenje na radnom mjestu, iako dugotrajno sjedenje može povećati rizik od pojave boli u leđima. Na držanje također utječe vrsta radnoga zadatka, te površina na kojoj se zadatak izvodi (radna ploha), kod teških manipulativnih poslova poput piljenja (potreban pritisak prema dolje) preporuča se visina radne plohe 100-120 mm ispod visine lakta. Međutim za lakše poslove navedena visina je preniska. Trup, vrat i glava bili bi savinuti/flektirani prema naprijed, što bi, ukoliko bi se položaj održao dulje vrijeme, rezultiralo zamorom mišića.²⁷ Sjedenje osigurava stabilnost za vrijeme obavljanja finih manipulativnih poslova, troši se manje energije nego u stojećem položaju i noge se manje umaraju. Međutim, za vrijeme opuštenog nepoduprtog sjedenja, zdjelica se rotira unazad. Da bi trup ostao uspravan lumbalna kralježnica se kompenzira i flektira prema naprijed, čime se "izravnava" lumbalna lordoza. U početku je opisani položaj ugodan jer se stražnji mišići opuštaju. Međutim tijekom duljeg vremena ovaj položaj može dovesti do istezanja stražnjih ligamenata kralježnice i može povisiti intradiskalni tlak.²⁸ Ovaj se učinak može smanjiti tako da se nagne naslon i poveća lumbalna potpora. Sjedala koja imaju nagib prema naprijed smanjuju kut fleksije, potičući "dobro" držanje kralježnice. Sjedenje bi se trebalo uskladiti sa zahtjevima aktivnosti i dimenzijama pojedinog korisnika, primjerice, širina kukova, visina potkoljenice i duljina natkoljenice. Dugotrajno sjedenje onemogućava promjene u pokretu, te smanjuje dotok hranjivih tvari u diskove. Dizajn sjedećih radnih mjesta i aktivnosti treba poticati česte promjene položaja, bez obzira radi li se o vozačima, radu na šivaćim mašinama ili jednostavnom gledanju televizije. Europsko zakonodavstvo je uvelo stroge smjernice za visinu radne površine i sjedenja.²⁹ Možemo zaključiti, da je dobar kompromis radno mjesto na kojem se kombinira sjedenje i stajanje. Postoje smjernice i direktive o zdravlju i sigurnosti koje štite radnike od mišićno-koštanih poremećaja uzrokovanih radom.³⁰ Jedna od takvih je Direktiva Vijeća 90/269/EEC, koja navodi zdravstvene i sigurnosne uvjete za ručno rukovanje teretima, posebice u slučajevima gdje postoji rizik ozljede leđa kod radnika. Unatoč boljem razumijevanju biomehaničkoga utjecaja na kralježnicu, kao i uvođenju opsežnih zakonodavnih mjera koje smanjuju rizike ručnog rukovanja, izvješća o krizobolji povezanoj s poslom i dalje rastu. Neuspjeh u objašnjavanju razloga koji vode do ovoga porasta

doveo je do potrebe sagledavanja utjecaja psiholoških, organizacijskih i socijalnih, a ne samo fizičkih čimbenika. Brojne studije pokazale su da je individualna, subjektivna percepcija organizacije posla usko povezana s izvještajima o krizobolji. U današnje vrijeme, sve je važnija uloga radnoga terapeuta pri povratku pojedinca na radno mjesto. Općenito je priznata činjenica da je rad bitan dio života. Posao osigurava ekonomske, psihološke, fizičke i socijalne dobrobiti.^{12,13} Terapeut na radnom mjestu može procijeniti ulogu klijenta, njegove zadatke, sposobnosti da dovrši zadatke, a također može uočiti i neke druge preinake koje mogu općenito utjecati na dobrobit klijenta. Važno je napomenuti da ujedno može identificirati, potencijalna problematična područja radnoga okružja. U procesu integriranja klijenta na posao može pomoći i komunikacija s klijentovim menadžerom.

Programi upravljanja boli

Programe upravljanja boli obično provodi multidisciplinarni tim. Obuhvaćaju edukaciju, upravljanje stresom, depresijom, opuštanje i upravljanje spavanjem. Edukacija o boli i razvoju onesposobljenja predstavlja ključ u rješavanju krivih opažanja o boli i oštećenju tkiva. Neprekidna bol i onesposobljenje često pridonose povećanju anksioznosti i ranjivosti, a mogu uzrokovati i depresiju. Stres i depresija mogu predstavljati otvorena vrata za bolna stanja, čime se povećava percepcija boli. Često se tijekom upravljanja stresom i depresijom ističe važnost borbe protiv negativnih, a posebno katastrofalnih misli. Neprikladne spoznaje, povećavaju rizik od stresa i depresije, te mogu dovesti do stanja onesposobljenja zbog boli. Relaksacija se često koristi kao pomoć u rješavanju stresa, u rješavanju boli, u podučavanju svjesnog smanjivanja mišićnoga tonusa koji je često povišen kao automatski odgovor na bol. Neki su pojedinci u mogućnosti koristiti tehnike "autosugestije" kako bi "zatvorili" vrata boli i na taj način osigurali potpuno ili djelomično smanjivanje boli za neko vrijeme. Upravljanje spavanjem uključuje standardne strategije za borbu protiv nesanice, ali također može uključivati i vrijeme netolerancije za određene ležeće položaje, savjete za potporne krevete, madrace, jastuke i položaje.

Radno-terapijski programi upravljanja boli kroz izvođenje aktivnosti

Uloga radnoga terapeuta u multidisciplinarnom timu upravljanja boli obuhvaća postavljanje ciljeva,

određivanje tempa izvođenja svakodnevnih životnih aktivnosti, uz edukaciju o ergonomskoj prilagodbi prostora. Postavljanje ciljeva je korisna tehnika u sprječavanju onesposobljenja i rehabilitaciji kroničnog onesposobljenja. Usvajanje vještine "postavljanja svakodnevnih ciljeva" omogućava pojedincu, da uspostavi realan raspored, kako bi se vratio u obavljanje uobičajenih aktivnosti, što rezultira ostvarivanjem prekretnica kojima pojedinac može pratiti osobni napredak. Prilikom postavljanja ciljeva, zadaća terapeuta je iz razgovora s klijentom doznati jesu li njegovi ciljevi relevantni za sami tijek liječenja i rehabilitacije, te koliko su njegovi ciljevi realni i u konačnici ostvarivi. Što se točno namjerava postići u određenom roku? Što će drugi uočiti kao postignutu promjenu? Ekstrinzična nagrada može povećati unutarnje zadovoljstvo kada je cilj postignut. To je iznimno važno, posebno za osobe s kroničnim onesposobljenjem kod kojih je motivacija i samopouzdanje često nisko. Program edukacije o "tempu izvođenja aktivnosti" provodi se u dvije faze, cilj mu je izravnati fluktuacije u mirovanju i hiperaktivnosti. Navedenim edukativnim pristupom klijent može tolerirati i postupno povećavati razinu aktivnosti bez pretjeranog zamora. Tempo aktivnosti klijent uči na dva načina tako da ograničava vrijeme provedeno u jednom položaju (sjedenje, stajanje, hodanje) i ukupno vrijeme provedeno u obavljanju jedne funkcionalne aktivnosti (šoping, usisavanje i sl). Uspostavljanje rasporeda tempa aktivnosti sadržaj je edukativnog pristupa, kojim terapeut i klijent istražuju razliku, između stanja povećane i smanjene boli koja nastaje kao rezultat povećanog broja aktivnosti, vježbanja ili pretjeranog zamora. Cilj procjene tempa aktivnosti je smanjiti dugotrajna razdoblja neaktivnosti koja nastaju zbog pretjeranog zamora i boli. Neki od primjera specifičnih položaja su: klečanje za vrijeme igranja s unucima, istezanje ruku iznad glave za vrijeme čišćenja prozora, ležanje u određenom položaju u krevetu i sl. Edukacija iz "pronalaženje osnovice vremena" usmjerena je aktivnosti koje klijent želi izvoditi. Vođenje dnevnika aktivnosti omogućuje uvid u duljinu izvođenja aktivnosti, položaj osobe tijekom izvođenja aktivnosti i vrijeme pojave boli. Primjerice, koliko vremena može "ležerno" hodati, kada je zamijetio bol, vrstu boli, što je poduzeo da bol smanji. Određivanje vremena za izvođenje uobičajenih aktivnosti iziskuje vođenje evidencije koja bi se trebala pratiti barem tri puta tijekom izvedbe, po mogućnosti za vrijeme "boljih" i "lošijih" dana. Nađeni prosjek vremena određuje se oduzimanjem 20% i 50% od osnovice. Osnovica predstavlja aktivnosti koje se mogu zadržati čak i za vrijeme "loših" dana. Niža osnovica u kojoj

pojedinac i za vrijeme "loših" dana može zadržati aktivnost ili položaj podići će samopouzdanje i osjećaj postignuća. Kada klijent isproba i uspješno koristi osnovicu tempa, može postupno povećavati vrijeme tempa. Postupno povećavanje duljine izvođenja neke radnje – aktivnosti, ne bi smjelo prelaziti više od 20% vremena za vrijeme jednoga tjedna. Važno je znati da klijent treba imati dovoljno vremena da izgradi samopouzdanje i da se fizički prilagodi novoj razini aktivnosti. Naglo povećanje vremena za izvođenje uobičajenih aktivnosti može rezultirati povećanim stanjima boli. Kontraproduktivno je zagovarati povećanje izvođenja aktivnosti, što može doprinijeti stvaranju "zatvorenoga kruga" u kojem pretjerane aktivnosti uvjetuje stanje pojačane boli. Kako bi navedeno spriječili, klijent treba preuzeti aktivnu odgovornost u aktivnostima svakodnevnog života.³¹ Satovi s alarmom i odbrojanja pomažu i često su korisni u uvježbavanju tempa duž vremena.

Druge metode tempa

Tempo vrlo često predstavlja teško ponašanje koje treba usvojiti. Za većinu klijenata je "tempo duž vremena" jasan i nedvosmislen način učenja novog ponašanja, ali ipak on ne odgovara svima. U takvim je situacijama poželjno zamoliti klijenta da odluči kako bi on mogao koristiti tempo na način da odgovara njegovom temperamentu. Druge metode tempa mogu uključivati kvantitetu, primjerice, peglaju se samo dvije košulje, operu se samo četiri čaše, u vrtu se obradi samo manji dio površine, prilikom pranja auta prvo se samo operu kotači, drugi put samo poklopac motora, zatim vrata automobila itd. Vrijeme se koristi na općenitiji način. Primjerice, pauza se uzme svakih 10 minuta, položaj se ne zadržava dulje od 20 minuta. Uspješan tempo i povećanje tolerancije na aktivnost izgradit će kod klijenta povjerenje prilikom obavljanja aktivnosti svakodnevnog života. To će ujedno povećati i vjerojatnost da klijent proširi aktivnosti koje bi želio obavljati, a također povećava i njegov eventualni povratak na posao. Radionice se koriste u kontekstu upravljanja boli i kao medij za uvježbavanje posla. Radionice pružaju poticajni okoliš za klijenta u kojem izgrađuje povjerenje pri obavljanju teških fizičkih aktivnosti. Također osiguravaju postavke za uvježbavanje tempa i svjesnosti leđa, najprije pod vodstvom terapeuta. U konačnici se kod klijenta teži da razvije adaptivne tehnike kao uobičajena ponašanja. Odvlačenje pažnje je također moćna tehnika za zatvaranje vrata boli. Klijente se ohrabruje da razmišljaju kako će proširiti svoje aktivnosti u kojima

uživaju. U današnje vrijeme sve je važnija uloga radnoga terapeuta pri povratku klijenta na radno mjesto. Za mnoge će se klijente povratak na posao činiti kao daleki san. Vrijeme koje klijent provede daleko od posla dovodi do gubitka samopouzdanja i samopoštovanja. Vrlo su česta promišljanja kao: "nikome nisam od koristi". Klijenti postaju izolirani, nemaju motivaciju i manje su fizički aktivni. Općenito je priznata činjenica da je rad bitan dio života. Posao osigurava ekonomske, psihološke, fizičke i socijalne dobrobiti. Terapeut na radnom mjestu može procijeniti ulogu klijenta, njegove zadatke, sposobnosti da dovrši zadatke, a također može uočiti i neke druge pritiske koji mogu općenito utjecati na opće dobro osobe. Radni terapeut može identificirati potencijalna problematična područja koja se vrlo lako mogu riješiti. Radni terapeut može promatrati klijenta za vrijeme obavljanja posla, a također može promatrati i dodatne aspekte poput stavova drugih kolega prema osobama koje imaju križobolju. U integriranju klijenta može nam pomoći i komunikacija s poslodavcem. U općoj se populaciji križobolja i bolovi u leđima nedovoljno razumiju, te bi se stoga informacije trebale davati svima onima koji rade s klijentima s križoboljom. Ergonomska izvješća ili izvješća analiza posla prosljeđuju se poslodavcu koji onda djeluje sukladno preporukama. Procjena tolerancije na rad jedan je od pristupa koji olakšava povratak osobe na posao.

Zaključak

Radno-terapijski proces obuhvaća radno-terapijsku procjenu, radno-terapijsku intervenciju i evaluaciju, koja je usmjerena na bio-psihosocijalni model, te radno terapijske programe tretiranja boli i križobolje.

Radni terapeut kao član multidisciplinarnoga tima može doprinijeti procesu liječenja i rehabilitacije uz neizostavno sagledavanje prirodnog socio-kulturološkog okružja i mogućnosti prilagodbe aktivnosti, kako bi se kvaliteta svakodnevnoga života prilagodila trenutačnim mogućnostima i dugoročnim potrebama osobe i okružja.

Literatura

- Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain, 2nd ed. IASP Seattle Press, WA; 1994.
- Clinical Standards Advisory Group (CSAG). Back pain. London: HMSO, 1994.
- Waddell G. The back pain revolution. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998.
- Melzack R, Wall P. The Challenge of Pain, Health and Medicine, Penguin Education, London, 1986.
- Turner A, Foster M, Johnson SE. (2002). Occupational therapy and physical dysfunction, 5th ed. London: Churchill Livingstone, 2002.
- Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, van Eek HV. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioural performance. Pain. 1995;62:363-372.
- Gore M, Tai KS, Sadosky A, Leslie D, Stacey BR. Use and costs of prescription medications and alternative treatments in patients with osteoarthritis and chronic low back pain in community-based settings. Pain Pract. 2012;12:550-60.
- Turner A, Foster M, Johnson SE. Strah od kretanja/ponovnog ozljeđivanja kod kronične križobolje i njegova povezanost sa ponašanjem, Copyright 1995, pp363-372, uz dopuštenje od Elsevier Science.
- Piccoliori G, Engl A, Gatterer D, Sessa E, in der Schmitten J, Abholz HH. Management of low back pain in general practice – is it of acceptable quality: an observational study among 25 general practices in South Tyrol (Italy). BMC Fam Pract. 2013;14:148.
- Alexander GC, Kruszewski SP, Webster DW. Rethinking opioid prescribing to protect patient safety and public health. JAMA. 2012;308:1865-66.
- Fisher GS, Emerson L, Firpo C, Ptak J, Wonn J, Bartolacci G. Chronic pain and occupation: an exploration of the lived experience. Am J Occup Ther. 2007;61:290-302.
- Müllersdorf M. Needs and problems related to occupational therapy as perceived by adult Swedes with long-term pain. Scand J Occup Ther. 2002;9:79-90.
- Keponen R, Kielhofner G. Occupation and meaning in the lives of women with chronic pain. Scand J Occup Ther. 2006;13:211-220.
- Butchart A, Kerr EA, Heisler M, Piette JD, Krein SL. Experience and management of chronic pain among patients with other complex chronic conditions. Clin J Pain. 2009;25:293-98.
- Fedoroff IC, Blackwell E, Speed B. Evaluation of group and individual change in a multidisciplinary pain management program. Clin J Pain. 2014;30:399-408.
- Mitchinson AR, Kerr EA, Krein SL. Management of chronic non-cancer pain by VA primary care providers: when is pain control a priority? Am J Manag Care. 2008;14:77-84.
- Hrvatska udruga radnih terapeuta [Internet] [30. travnja 2015.] Dostupno na adresi: <http://www.hurt.hr/tag/hrvatska-udruga-radnih-terapeuta/>
- Law M, Baptiste S, Mills J. Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference? Can J Occup Ther. 1995;62:250-257.
- Law M, Baptiste S, McColl M, Opzoomer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: an outcome measure for occupational therapy. Can J Occup Ther. 1990;57:82-7.

20. Waddell G, Bircher M, Finlayson D, Main CJ. Symptoms and signs: physical disease or illness behaviour? *B Med J (Clin Res Ed)*. 1984;289:739-741.
21. Fisher AG. The assessment of IADL motor skills: an application of many-faceted Rasch analysis. *Am J Occup Ther*. 1993;47:319-329.
22. Fritz JM, Irrgang JJ. A comparison of a modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire and the Quebec Back Pain Disability Scale. *Phys Ther* 2011;81:776-788.
23. Wilson JR. A framework and a context for ergonomics methodology. In: Wilson JR, Corlett EN (eds). *Evaluation of human work*, 2nd ed. London: Taylor & Francis, 1995, str. 1-39.
24. Khalil TM, Abdel-Moty EM, Rosomoff RS, Rosomoff HL. (1993). *Ergonomics in back pain: a guide to prevention and rehabilitation*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1993.
25. Pheasant S. *Bodyspace: anthropometry, ergonomics and the design of work*, 2nd ed. London: Taylor & Francis, 1993.
26. Oliver J, Middleditch A. *Functional anatomy of the spine*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1991.
27. Anthony WA, Blanch A. Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: a historical and conceptual perspective. *Int J Psychosoc Rehab*. 1987;11:5-23.
28. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe. Prevalence, impact on daily life and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10:287-333.
29. McBee L, Westreich L, Likourezos M. A psycho-educational relaxation group for pain and stress management in the nursing home. *Journal of Social Work in Long-Term Care*. 2004;3:15-28.
30. Dobkin PL, Boothroyd LJ. Organizing health services for patients with chronic pain: when there is a will there is a way. *Pain Med*. 2008;9:881-889.
31. Richardson JC, Ong BN, Sim J. Experiencing and controlling time in everyday life with chronic widespread pain: a qualitative study. *MBC Musculoskeletal Disord*. 2008;9:3.

