

## Kronična bol; opće spoznaje, metode liječenja i specifična problematika

### Chronic pain; general remarks, methods of treatment and specific issues

Marija Matečić, Branka Rimac

<sup>1</sup>Klinički bolnički centar „Rebro“, Zagreb, Kišpatičeva 12, 10000 Zagreb, Hrvatska

<sup>11</sup>University Hospital Centre Zagreb, Kišpatičeva 12, 10000 Zagreb, Croatia

Received April 20<sup>th</sup> 2017;

Accepted April 27<sup>th</sup> 2017;

**Ključne riječi:** stupanj boli • stupanj zadovoljstva • rehabilitacija

**Kratki naslov:** Zadovoljstvo korisnika i kronična bol

**Keywords:** level of pain • level of satisfaction • rehabilitation

**Running head:** Customer satisfaction and chronic pain

**Autor za korespondenciju/Corresponding author:** Branka Rimac, mag. med. tecgn. FRCN, University Hospital Centre Zagreb, Kišpatičeva 12, 10000 Zagreb, Croatia • GSM: +385 • TEL: • E-mail: branka.rimac@kbc-zagreb.hr

Danas se u akademskoj sestrinskoj zajednici raspravlja o boli kao o petom vitalnom znaku. Bol kao simptom važno je istraživati, bilježiti stupnjeve kvalitete i kvantitete kako bismo mogli uporabiti odgovarajuće recentne metode/postupke radi smanjenja intenziteta boli i istodobnog otkrivanja i verificiranja etiologije boli. No znanstveno je verificirano, radi točnijeg utvrđivanja etiologije bolnosti, u razmatranje uzimati i stupanj boli kao subjektivan doživljaj svakog pojedinca. Bol je etiloški multifaktorijski doživljaj, u čijem nastanku sudjeluju fiziološki, psihološki i socijalni čimbenici, a istodobni stupanj bolnosti je u vezi sa trenutnim, ali i kroničnim psihičkim stanjem pojedinca te sa socijalnim čimbenicima koji izravno ili neizravno utječu na doživljaj boli. Kronična bol uzrokuje znatne fizičke, psihičke, kognitivne, psihološke, psihosocijalne teškoće te uvelike smanjuje stupanj kvalitete života. Nadalje, bol je jedan od najčešćih simptoma s kojim se u svakodnevnom izvršavanju radnih aktivnosti susreću medicinske sestre/tehničari [MS/MT]. Vjeruje se da za bol ima najmanje razumijevanja i možda je najčešće ignorirani „simptom“. Kod mnogih ljudi netretirana bol može se razviti u patnju, tj. stalnu bol. Takve osobe postaju dio zatvorenog kruga čiji su čimbenici bol, strah, depresija, poremećaji spavanja i znatno smanjenje sposobnosti izvršavanja svakodnevnih društvenih aktivnosti. Danas je znanstveno verificirano da kronična bol predstavlja medicinski i socijalni problem. Osobe s kroničnom boli percipiraju osobni stupanj zdravlja kao znatno narušen, imaju niz funkcionalnih ograničenja u svakodnevnom životu, te navode postojanje poremećaja tj. smanjenje stupnja kvalitete života, iznalaze se promjene u psihološkom statusu a radna sposobnost znatno je smanjena, i to kvantitativno i kvalitativno. Danas, prevalencija kronične boli, a prema recentnim podacima Svjetske zdravstvene organizacije [SZO] iznosi 22% [1]. Grupa autora iz Osla tijekom 2006. godine publicirala je rezultate o prevalenciji, utjecaju kronične boli na svakodnevne aktivnosti i metodama liječenja kronične boli i to na uzorku ispitanika iz 15 zemalja Europske

unije i Izraela. Rezultati verificiraju prevalenciju kronične boli u 19% odrasle populacije, a u više od 60% bolnost je uzrokovana promjenama na koštano-zglobnom aparatu. Ista se definira kao muskuloskeletna bol [osteoarthritis, artrit, spondilitis] [2]. Prevalencija za bol u populaciji starije životne dobi u 60% ispitanika izravno je uzrokovana postojanjem bolesti koštano-zglobnog sustava. Potrebno je napomenuti da bolesti koštano-zglobnog sustava imaju istovjetnu prevalenciju i u općoj populaciji ako se u navedenu grupu bolesti uvrste i bolesti kralježnice [3,4]. Bol je vodeći simptom u bolesnika s reumatskim bolestima i modulacija bolnosti je značajna posebice sa doživljajem boli kod bolesnika.

U bolesnika s verificiranim osteoartritisom i reumatoidnim artritisom iznalazi se da se supresija boli doživljava kao najznačajnija metoda terapijskih metoda/postupaka [5,6]. U modulaciji boli u bolesnika s verificiranim reumatskim bolestima pristup treba biti individualiziran, temeljen na ranoj dijagnozi i agresivnoj terapijskoj intervenciji, koja uključuje uporabu nefarmakoloških i farmakoloških postupaka. Terapijske intervencije u bolesnika sa muskuloskeletnim bolestima uključuju i uporabu medikamenata koji nisu uvriježeno u uporabi za svrhe supresije boli. U modulaciji boli u bolesnika s muskuloskeletnim bolestima u uporabi su i komplementarni medicinski postupci [akupunktura, kiropraktika, herbalna medicina, homeopatija, suplementi], iako nerijetko bez znanstveno definiranih rizika i rezultata krajnjih ishoda liječenja [7]. Na krajnje ishode liječenja znatno utječe odnos liječnika i bolesnika, psihološka potpora i kognitivna behavioralna terapija u svrhu smanjenja stupnja bolesnikove percepcije o boli i posljedičnoj nesposobnosti. U navedenu pristupu liječenja bolnosti postoje varijacije, ali svi do danas opisani protokoli uključuju edukaciju, relaksaciju, suočavanje bolesnika s bolešću i boli, intervencije u okruženju bolesnika i prevenciju relapsa [8]. Recentno opisan terapijski program za svrhe liječenja

bolesnika s arthritsom verificiran je kao učinkovit u svrhu povećanja bolesnikova vjerovanja u sposobnost utjecaja na bol, smanjenja stupnja nesposobnosti i duljine trajanja simptoma [9]. Od nefarmakoloških postupaka metode fizikalne terapije (ultrazvuk, niskofrekventne struje, laser i sl.) i medicinske vježbe uvriježeno su u uporabi za svrhe supresije muskuloskeletne boli. Navedeni postupci zadovoljavajuće su opisani, u vodičima za liječenje reumatskih bolesti [10]. Uza sve navedeno, danas je za liječenje muskuloskeletne boli najučestalija uporaba farmakoterapije. Paracetamol je najčešće propisan analgetik, iako su u praksi prvi lijek izbora i bolesnika i liječnika nesteroidni antireumatici [10].

**Definicija boli:** Danas se bol definira kao individualno, multifaktorijalno iskustvo, na koje utječe kulturna sredina, prethodno osobno iskustvo, vjerovanje, ponašanje i sposobnost proživljavanja osjeta boli. Bol može biti posljedica oštećenja tkiva, ali se može pojaviti i bez identificirajućeg uzroka, a povezana je s različitim stupnjem smanjenja sposobnosti organizma. Međunarodna radna skupina za proučavanje boli definirala je bol kao neugodno senzorno i emocionalno iskustvo udruženo s aktualnim ili mogućim oštećenjem tkiva. Bol se definira i kao obrazac ponašanja koji štiti organizam od opasnosti. Kod oboljelih od kroničnih reumatskih bolesti bolnost dovodi do smanjenja izvršavanja svakodnevnih aktivnosti u obiteljskom okruženju, pri izvršavanju aktivnih radnih zadataka ali i u zajednici. Često kronična bol smanjuje mogućnost izvršavanja osnovnih svakodnevnih aktivnosti u osoba koje boluju od kroničnih reumatodnih bolesti.

Štoviše, postupno dolazi do smanjenja kvalitete osobne higijene, povećava se vrijeme ostanka u horizontalnom položaju, što uzrokuje daljnje pogoršanje zdravstvenog statusa koji može progredirati do stupnja invaliditeta te znatno smanjiti stupanj kvalitete. U razmatranje je potrebno uvrstiti čimbenik, a to je da milijuni ljudi danas boluju od reumatskih bolesti te je u razmatranje potrebno uvrstiti i ekonomski aspekt opisanog problema. Znatna je povezanost fizičke, psihičke i duhovne boli kod iste osobe. Povezana je s narušavanjem zadovoljavanja duhovnih, kulturnih potreba, smanjuje se stupanj samopovjerenja, smanjeno je samopouzdanje, dolazi do pojave bezvrijednosti, beznadnosti i besmislenosti, a bolnost se stalno povećava. Za razliku od akutne boli, kronična bol nije svrsishodna, ne izaziva izbjegavanje opasnosti i agresije i postupno u bolesnika uzrokuje pojavu depresije. Bolesnik može imati kliničku sliku biološki, psihološki i socijalno destruktivne osobe. Za definiranje boli danas su u uporabi, uz gore navedenu, mnogobrojne definicije, primjerice: Bol je stanje u kojem osoba doživljava i izvještava o prisutnosti jake nelagode (Carpentino). Bol je što god osoba koja je doživljava kaže da jest i postoji kad god ona kaže da postoji (McCafery).

Stručno, danas se bol može podijeliti na akutnu i kroničnu bol. Akutna je bol: Stanje u kojem osoba doživljava bol koja može trajati od jedne sekunde sve do 6 mjeseci. Popušta liječenjem ili kad se ukloni podražaj (Carpenito). Kronična bol je: Stanje u kojem osoba doživljava bol koja je prisutna kontinuirano ili povremeno, a traje dulje od 6 mjeseci (Carpenito).

Kronična bol je patološka bol koja traje dulje od uvriježenog vremena, zacjeljenja ozljede ili liječenja bolesti, uzroci su kronični i patološki procesi u somatskim stanicama i organima naj-

češće lokomotornog sustava. Kronična bol somatska je bolest koja ima simptome, sindrome i obično uzrokuje nastanak komplikacija.

Prema organskim sustavima etiologiju boli dijeli se na: Bolesti lokomotornog sustava (prijelomi, kontrakture, artritis), bolesti unutarnjih organa, maligne bolesti, medicinski postupci, situacijski činitelji).

Do danas je verificirano više obilježja kvalifikacije boli. Primjerice, važna osoba izvještava da bol postoji dulje od šest mjeseci (to katkad mogu biti jedini pokazatelji boli). Sporedna obilježja (mogu biti prisutna): nelagoda, ljutnja, frustracija, depresija kao posljedica situacije, bolna maska na licu, nesanica, zaštitni položaji vrlo često koji uzrokuju kontrakture, mišićne spazme, crvenilo, otečenost, temperatura, promjena boje određenog područja).

## Procjena boli

**Subjektivni podaci:** osoba izvještava da bol, nelagoda, ljutnja, depresivnost postoje više od šest mjeseci.

**Objektivni podaci:** bolna maska na licu, gubitak težine, nesanica, zaštitni pokreti, crvenilo, otečenost, vrućina, promjena boje oboljelog anatomskeg područja (najčešće su oboljeli veliki koljenski zglobovi, mali zglobovi šaka i stopala).

**Intervencije:** Procjena doživljava boli; određivanje najvećeg i najmanjeg stupnja boli, educirati oboljelog da izvrši procjenu stupnja boli koristeći skalu 0-10 (0=odsutnost boli; 10=najjača bol). Pri dolasku pacijenta na Kliniku već pri prvom pregledu daje se skala boli i objašnjava ispunjavanje tablice za bol. U nedostatku MS/MT gradaciju određuju mlađi liječnici.

Potrebno je ukloniti čimbenike koji pojačavaju doživljaj boli i umanjiti nevjericu drugih (fizioterapeuti, MS/MT, liječnici). Pokazati pacijentu da prihvaćamo njegovu reakciju na bol, pratimo skalu boli, pažljivo slušamo kada govori o svojoj boli i objašnjavamo kako procjenjujemo njegovu bol ne bi li je bolesnik bolje razumio. Procjenjivanje stupnja boli ovisi o fazi bolesti. Ako se radi o uznapredovalom stupnju bolesti, koju pacijent signalizira jakim bolovima, a bol je popraćena kliničkim znakovima koji verificiraju aktivnu fazu bolesti, tada će procjena boli biti jednostavnija. Dobro je znano da su visoke laboratorijske vrijednosti upalnih parametara popraćene većim stupnjem bolnosti koju medicinski djelatnici moraju objektivno procijeniti dok istodobno bolesnici iste procjenjuju subjektivno. Bolesniku se savjetuje da ispunjava upitnike za određivanje stupnja bolnosti kojim se prema dobivenim rezultatima određuje vrsta i metode terapije. Pristup liječenju boli u bolesnika s reumatskim bolestima individualiziran je, temeljen na ranoj medicinskoj dijagnozi i uporabi terapijskih metoda/postupaka, koja uključuje uporabu nefarmakoloških i farmakoloških postupaka. Terapijske intervencije u svrhu smanjenja i liječenja stupnja bolnosti u bolesnika s verificiranim muskuloskeletnim bolestima uključuju uporabu lijekova koji obično nisu u uporabi za supresiju boli. U modulaciji boli u takvih bolesnika u uporabi su i komplementarni medicinski postupci (akupunktura, kiropraktika, herbalna medicina, homeopatija, suplementi) [7, 11, 12, 13].

Na krajnji ishod liječenja utječe odnos liječnika i bolesnika, odnos MS/MT i bolesnika, psihološka potpora i kognitivna bihavioralna terapija. Svrha je uporabe spomenutih metoda smanjenje bolesnikove percepcije boli, te posljedično smanjenje opće i specifične nesposobnosti. Propisivanje i doziranje lijekova za supresiju boli vještina je temeljena na verificiranim dokazima dobre medicinske i sestrinske prakse, poznavanju farmakokinetike i farmakodinamike medikamenta, patofiziologiji bolesti i poznavanje komplikacija u doziranju medikamenta, poznavanje pravilnih vremenskih razmaka u uporabi medikamenta u odnosu na indikaciju i opće stanje bolesnika (životna dob, komorbiditet, terapija i sl.). Pravilnom uporabom navedenih čimbenika postiže se bolja djelotvornost medikamenta nuspojave su minimalne pojavnosti. Danas u bolničkim ustanovama u Ujedinjenom Kraljevstvu za iznalaženje i uporabu opisane problematike zadužene su specijalizirane MS/MT, tj. „MS/MT za bol“. To su medicinski djelatnici koji su specijalizirano educirani za uporabu metoda i postupaka u svrhu praćenja i suzbijanja boli.

Biheavioralno-kognitivna psihoterapija u uporabi je za suzbijanje nastanka kronične boli, i to učenjem bolesnika da kontroliraju mišićnu napetost i mijenjaju osobne stavove prema boli (postupak-puna-prazna čaša). To je strukturirana, kratkotrajna, na sadašnjost orijentirana psihoterapija usmjerena na rješavanje tekućih problema i na promjenu disfunkcionalnog mišljenja i ponašanja. Uporaba navedene metode zahtijeva da članovi multidisciplinarnog zdravstvenog tima koji rade s pacijentima budu detaljno educirani o prednostima navedene metode. Bolesnici s kroničnom boli nauče da njihove pritužbe tj. „bolno ponašanje“ rezultiraju povećanom pažnjom osoba iz okruženja, izbjegavanjem neželjenih socijalnih situacija te smanjenom obiteljskom i profesionalnom odgovornošću (pasivni odnos). Učenjem se takvo ponašanje nastoji zamijeniti «dobrim ponašanjem», bolesnika se educira o djelovanju stresa na jačinu boli i kako prepoznati i izbjeći stresove. Pasivnost i negativna samoprosudba usvajanjem novih znanja mijenjaju se u pozitivan i aktivan odnos u liječenju bolnosti.

Standardi kvalitete u liječenju boli: bolesnik aktivno sudjeluje u izboru različitih mogućnosti farmakoloških i nefarmakoloških metoda liječenja boli; resursi se razvijaju i usavršavaju za učinkovitije liječenje boli; koriste se znanstveno verificirane metode i postupci i propisana medicinska dokumentacija procjene boli; bolesnika se informira i savjetuje o pronalaženju i uporabi novih mogućnosti liječenja boli; bolesnika i članove obitelji educira se o metodama procjene boli, tehnikama kontrole boli i načinima komunikacije

o boli; u uporabi su metode za kontinuirano poboljšanje kvalitete liječenja boli i ukupnog zadovoljstva bolesnika; u uporabi su metode kontinuirane edukacije zdravstvenih djelatnika o uporabi metoda za svrhe liječenja boli.

## Umjesto zaključka

Bol i patnja sastavni su čimbenici životnog tijeka. Primjenom farmakoterapijskih i psiholoških metoda liječenja te aktivnim uključivanjem bolesnika u tijek liječenja i edukacija o emocionalnoj i duhovnoj komponenti boli znatno poboljšava bolesniku prihvaćanje novih znanja o patofiziologiji bolnosti, kao i o metodama liječenja iste.

**Authors declare no conflict of interest.**

## Literatura/references

- [1] Gureje O, Von Korff M, Simon G et al. Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998;280:147-151.
- [2] Breivik H, Collet 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.
- [3] Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med* 1993;153:1474-2480.
- [4] Reyes-Gibby CC, Aday L, Cleeland C. Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults. *Pain* 2002;95:75-82.
- [5] McKenna F, Wright V. Pain and rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1985;44:805.
- [6] Roth SH. A new role for opioids in the treatment of arthritis. *Drugs* 2002;62:255-263.
- [7] Ernst E. Complementary and alternative medicine for pain management in rheumatic diseases. *Curr Opin Rheumatol* 2002;14:58-62.
- [8] Bradley LA, McKendree-Smith NL. Central nervous system mechanisms of pain in fibromyalgia and other musculoskeletal disorders: behavioral and psychologic treatment approaches. *Curr Opin Rheumatol* 2002;14:45-51.
- [9] Lorig KR, mazonson PD, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis Rheum* 1993;36:439-446.
- [10] Eriksen J, Jensen MK, Sjogren P, Ekholm O, Rasmussen NK. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain* 2003;106:221-228.
- [11] White KP. The occurrence and impact of generalized pain. *Bailliere's Clinical Rheumatology* 1999;13:379-389.
- [12] Hunt IM, Silman AJ, Benjamin S, McBeth J, Macfarlane GJ. The prevalence and associated features of chronic widespread pain in the community using the "Manchester" definition of chronic widespread pain. *Rheumatology* 1999;38:275-279
- [13] Eriksen J, Jensen MK, Sjogren P, Ekholm O, Rasmussen NK. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain* 2003;106:221-228.