

# "Kultura analgetika": potreba za novim pristupom u liječenju boli

---

**Gregurinčić, Marin**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2019**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Pharmacy and Biochemistry / Sveučilište u Zagrebu, Farmaceutsko-biokemijski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:163:632277>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-18**



*Repository / Repozitorij:*

[Repository of Faculty of Pharmacy and Biochemistry University of Zagreb](#)



**Marin Gregurinčić**

**"Kultura analgetika": potreba za novim  
pristupom u liječenju boli**

**DIPLOMSKI RAD**

Predan Sveučilištu u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu

Zagreb, 2019. godina.

Ovaj diplomski rad je prijavljen na kolegiju Sociologija u zdravstvu Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta i izrađen pod stručnim vodstvom prof.dr.sc. Živke Juričić.

Ovom prilikom htio bih se zahvaliti mojoj mentorici prof.dr.sc. Živki Juričić za svu pomoć, vrijeme i razumijevanje koju mi je pružila prilikom pisanja ovog rada i za to što mi je pobudila interes za društvene strane ljekarničke struke. Također, htio bih se zahvaliti prijateljima i obitelji bez čije podrške ovaj rad ne bi bio napisan.

## SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1.ŠTO JE BOL?	2
1.2. PROCJENA I TERAPIJSKI PRISTUP BOLI	3
1.3. ZASTUPLJENOST POTROŠNJE ANALGETIKA	4
1.4. DUH VREMENA I KULTURA ANALGETIKA	7
2. OBRAZLOŽENJE TEME	9
3. MATERIJALI I METODE	9
4.1. REZULTATI	10
4.1.1.PRIVATNA BOL	10
4.1.2. JAVNA BOL	11
4.1.3. BOL KAO NESREĆA	13
4.1.4. SOCIJALNI ASPEKTI BOLI	14
4.1.5. NAČINI PREZENTACIJE JAVNE BOLI	15
4.1.6. VIDLJIVOST KRONIČNE BOLI	17
4.1.7. BOL U 21. STOLJEĆU I NOVE PARADIGME LIJEČENJA	19
4.1.8. ULOGA LJEKARNIKA U SAVJETOVANJU O MODALITETIMA OTKLANJANJA BOLI	20
4.1.9. KOMUNIKACIJA USMJERENA NA PACIJENTA	22
4.1.10. SAVJETOVANJE	23
4.1.11. SPECIFIČNE KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE	24
4.2. RASPRAVA	27
5. ZAKLJUČAK	30
6. LITERATURA	32
7. SAŽETAK/SUMMARY	37

## 1. UVOD

Bol se može definirati kao „neugodno osjetno i emocionalno iskustvo praćeno stvarnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva.“ Akutna bol može se smatrati fiziološkim procesom koji ima biološku funkciju koja omogućava pacijentu da izbjegne ili minimalizira ozljedu. S druge strane, ustrajna ili kronična bol (bol koja traje dulje od vremena potrebnog za zacjeljenje ozlijeđenog tkiva) može se smatrati više bolešću nego simptomom (Knaggs i Hobbs., 2012.).

No bol predstavlja sveobuhvatno, multidimenzionalno i cjelovito pacijentovo iskustvo. Studije pokazuju da je bol jedan od najčešćih simptoma na koje se pacijenti primarno žale (Frieszem i sur., 2009; Hasselström i sur., 2002.) i stoga, kontrola boli je izuzetno bitan čimbenik koji može značajno utjecati na ishod terapije.

Spoznaje da se intenzitet boli može razlikovati u pojedinaca sa sličnim manifestacijama simptoma i bolesti stare su preko 70 godina. Te spoznaje ukazuju da bol nije univerzalno iskustvo i da svaki pojedinac bol doživljava subjektivno (Chapman i Jones, 1944.).

Unatoč prevladavajućoj bio-paradigmi o boli kao isključivo fiziološkom procesu koji ovisi o biološkim čimbenicima poput neuromorfoloških razlika (Emerson i sur., 2014.), spola (Fillingim i sur., 2009.) i dobi (Gagliese, 2009.), studije pokazuju da individualni doživljaj boli nije istovjetan u svim *kulturama* i najvažnije, da same kulture i pripadajuće vrijednosti tih kultura mogu utjecati na pacijentov doživljaj boli (Zborowski, 1952.; Zola, 1966.; Rahim-Williams, 2012.).

Same karakteristike i stavovi zdravstvenih djelatnika naspram pacijenata pokazali su se kao jedan od ključnih elemenata koji može utjecati na individualni doživljaj boli (Stewart, 1995.; Daniali i Flaten, 2019.) što ukazuje na ogromnu potencijalnu korist koje komunikacijske vještine zdravstvenih djelatnika mogu imati. Također, pozitivan i empatičan stav okoline i obitelji može igrati važnu ulogu u procesu ozdravljenja i nošenja sa izuzetno jakim bolovima (Jouybari, 2006.).

Unatoč tim spoznajama, u kliničkoj praksi se još uvijek značajno zanemaruje utjecaj kulturoloških i društvenih faktora na individualni doživljaj boli. Sve u svemu, ovom problematikom se bave uglavnom socijalne znanosti.

## 1.1.ŠTO JE BOL?

U svrhu dobivanja potpunije slike osobnog iskustva i doživljaja boli, potrebno je najprije definirati bol na fiziološkoj, odnosno organskoj razini.

Neuroanatomski gledano, prijenos boli se odvija preko posebnih receptora zvanih nociceptori koji inerviraju većinu tkiva i organa i koji se spajaju na primarna aferentna (uzlazna) živčana vlakna različitih promjera. Mala mijelinizirana A $\delta$  vlakna i nemijelinizirana C vlakna prenose bolne podražaje aferentnim živčanim putevima do leđne moždine gdje ta primarna aferentna vlakna završavaju u dorzalnom rogu. Daljnji prijenos živčanih impulsa kroz središnji živčani sustav (SŽS) je puno kompleksniji i puno slabije shvaćen. Najbitniji dijelovi ovog procesa su neuroni širokog dinamičkog raspona u spinothalamičkom traktu koji projiciraju vlakna prema talamusu i još dalje prema somatosenzorornom korteksu. Modulacija ili inhibicija ovih neurona unutar leđne moždine može rezultirati smanjenom aktivnošću u putu prijenosa boli. Ova modulirajuća aktivnost može biti potaknuta stresom ili određenim analgeticima poput morfina i smatra se bitnom značajkom takozvane „gate theory of pain“. Ta teorija uzima u obzir važnu ulogu koju leđna moždina ima u kontinuiranoj modulaciji neuronske aktivnosti mehanizmom silaznih poruka od mozga prema perifernim nociceptorima. S druge strane, drugi utjecaji mogu dovesti do povećane osjetljivosti na bolne podražaje. Najvažniji od njih smatra se sama bol čija opetovanost može dovesti do neurokemijskih i anatomskih promjena koje se skupno naziva „senzitivizacijom tkiva“. Te pojave posljedično mogu rezultirati povećanom osjetljivošću za čak i vrlo slabe bolne podražaje (Knaggs i Hobbs., 2012.).

Razni neurotransmiteri koji djeluju u dorzalnom rogu leđne moždine su uključeni u proces modulacije boli. U njih ubrajamo aminokiseline poput glutamata i  $\beta$ -aminomaslačne kiseline (GABA), monoamine poput noradrenalina i serotonina i peptidne molekule od kojih su opiodi najvažniji. Opioidni receptori se nalaze i u SŽS i u perifernim tkivima. Ti receptori u SŽS-u se nalaze u velikoj koncentraciji u limbičkom sustavu, moždanom deblu i leđnoj moždini. Endogeni ligandi koji se vežu na opioidne receptore su skupina neuropeptida u koje ubrajamo endorfine. Opioidni analgetici oponašaju djelovanje ovih prirodno prisutnih liganada i stvaraju učinak vežući se na  $\mu$ -,  $\delta$ - i manje na  $\kappa$ - receptore. Ovi receptori posreduju analgetičke učinke morfinu sličnih lijekova (Knaggs i Hobbs., 2012.).

## 1.2. PROCJENA I TERAPIJSKI PRISTUP BOLI

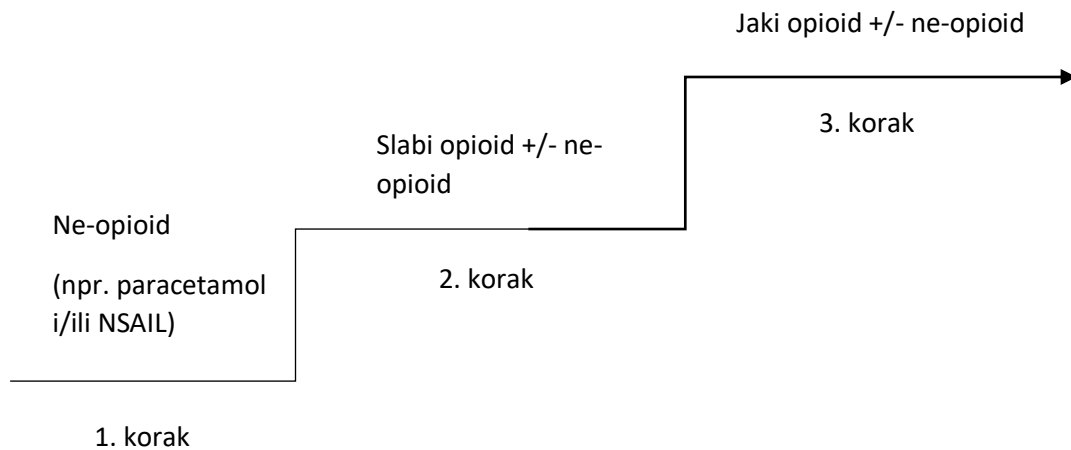
Procjena individualne boli koju pacijent osjeća treba uključivati detaljan opis boli i procjenu njenih posljedica. Također, potreban je opis prijašnjih iskustava boli, psihosocijalna procjena pacijenta u svrhu provjere vjerodostojnosti intenziteta i vrste boli i uvid u povijest terapije. No, budući da je bol subjektivni fenomen, kvantitativna procjena je otežana. U svrhu što objektivnije procjene intenziteta boli, koriste se različita pomagala. Jedna od njih je i korištenje vizualne analogne ljestvice i verbalne ljestvice koje mogu biti graduirane opisnim riječima poput „nikakva“, „blaga“, „umjerena“ i „neizdržljiva“ bol. U istu svrhu, koriste se razni upitnici kojima se pokušava što detaljnije utvrditi različite aspekte boli kao i dnevnicu boli kojima liječnici utvrđuju intenzitet boli kroz određeno vrijeme i utjecaj različitih farmakoterapijskih intervencija na bol (Breivik i sur., 2008.).

Bol se učinkovito može kontrolirati analgeticima. No to se ne pokazuje dovoljnim i zadovoljavajućim pa se često koristi multidisciplinarni pristup koji uključuje savjetovanje sa specijalistima za kontrolu boli. Takvo savjetovanje neizostavno uzima u obzir i biopsihosocijalne značajke boli. Inicijalna terapija je usmjerena na primarnu bolest koja uzrokuje bolno stanje i ona uključuje farmakoterapiju, no također se koriste i nefarmakološki oblici terapija poput fizikalne terapije i različitih psiholoških tehnika poput kognitivno bihevioralne terapije. U slučaju nezadovoljavajućih rezultata, poseže se za operativnim zahvatima kao krajnjom mjerom. Svi ti pristupi zajedno čine multimodalni pristup terapiji boli koji bi trebao biti ustaljena medicinska praksa.

Svjetska zdravstvena organizacija osmislila je „ljestvicu analgetika“ (Figura 1.) na kojoj se temelji sigurno i racionalno propisivanje i korištenje analgetika. Spomenuta ljestvica sastoji se od tri ključna koraka: ne-opiodni analgetici, slabi opioidi i jaki opioidi. Analgetska učinkovitost ne-opiodnih analgetika poput paracetamola i ne-steroidnih protuupalnih lijekova (NSAIL) (npr. aspirin, ibuprofen i diklofenak) je ograničena nuspojavama i efektom „stropa“ kojim se označava situaciju u kojoj je, nakon određene doze, nemoguće postići daljnji analgetski učinak. Nadalje, u slučaju izostanka terapijskog učinka, prelazi se na drugi korak koji podrazumijeva primjenu slabog opioida poput kodeina. Prije svakog daljnjeg koraka, važno je istaknuti da se terapijski učinak može postići kombinacijom ne-opiodnih analgetika i slabih opioida. Za razliku od slabih opioida, jaki opioidi poput morfina koji se smatra zlatnim standardom, nemaju učinak „stropa“ i stoga se koriste kako bi se u potpunosti uklonili bolni podražaji. No valja upozoriti da jaki opioidi mogu uzrokovati ozbiljne nuspojave zbog

čega je njihova upotreba strogo indicirana. Adjuvantna terapija, koja može uključivati antidepresive, antiepileptike i kortikosteroide, se također može razmatrati pri bilo kojem stupnju ljestvice analgetika (Knaggs i Hobbs., 2012.).

Figura 1. Trostupanjna ljestvica analgetika



### 1.3. ZASTUPLJENOST POTROŠNJE ANALGETIKA

Upotreba lijekova za suzbijanje boli tj. analgetika je raširena pojava u današnjem društvu, uključujući i Republiku Hrvatsku. Tome u korist najbolje govore podaci iz izvješća o potrošnji lijekova u Republici Hrvatskoj u periodu od 2013. do 2017. godine izdanog od strane Hrvatske agencije za lijekove i medicinske proizvode ([www.halmed.hr](http://www.halmed.hr)).

Iz priloženog izvješća vidljivo je da je ukupni promet lijekova za 2017. godinu iznosio 6,132 milijarde kuna što je u skladu s trendom rasta potrošnje lijekova za svaku godinu od 2013. do 2017. (prosječno 4,4% godišnje).

Tijekom promatranog razdoblja, od 2013. do 2017. godine, podaci o potrošnji lijekova propisanih na recept u DDD-ima (definirana dnevna doza) slični su za svaku godinu te lijekovi na recept čine između 89% i 91% prometa, dok u financijski izraženoj potrošnji lijekovima na recept pripada između 88% i 92% potrošnje. Prema podacima, u 2017. godini



potrošnja lijekova na recept iznosila je u DDD-ima 91,1%, odnosno, financijski, 90,7% potrošenih kuna od ukupne potrošnje.

Promet bezreceptnih odnosno OTC (over-the-counter) lijekova izražen u DDD/TSD tijekom razdoblja od 2013. do 2017. godine iznosio je između 9% i 11% ukupne potrošnje lijekova, dok je ukupni promet OTC lijekova izražen u kunama prema veleprodajnoj cijeni iznosio između 8% i 12% ukupne potrošnje lijekova.

Također, N skupina lijekova, u koju se prema anatomsko-terapijskoj klasifikaciji (ATK) ubrajaju analgetici, zastupljena je na 2. mjestu i po financijskoj potrošnji i po broju definiranih dnevnih doza na tisuću stanovnika, a sama N02 skupina kojom se označavaju analgetici je također zastupljena među 10 najviše korištenih skupina lijekova.

Svrha ovih gore spomenutih općih kretanja potrošnje lijekova bila je ukazati da je ovakva raspodjela gotovo nepromijenjena tijekom promatranog perioda te da je odnos potrošnje receptnih i OTC lijekova stabilan. Ta činjenica omogućava daljnje zaključke o potrošnji analgetika.

Kad se malo bolje pogledaju koji točno OTC lijekovi su najzastupljeniji u slobodnoj prodaji po financijskoj potrošnji (tablica 1), dolazimo do spoznaje da je u 2017. godini 5 analgetika bilo među 10 najprodavanijih lijekova dostupnih u slobodnoj prodaji i to redom: **acetilsalicilna kiselina** na 1. mjestu (iako acetilsalicilna kiselina u indikaciji inhibitora agregacije trombocita zauzima puno veći udio u ukupnoj potrošnji samog lijeka, ovdje se pretpostavlja da je njena najčešća indikacija u slobodnoj prodaji u analgetičke svrhe), **paracetamol u kombinacijama** s drugim lijekovima na 2. mjestu, čisti **paracetamol** na 3. mjestu, **ibuprofen** na 4. mjestu i **diklofenak** na 10. mjestu.

Bitno je naglasiti da se osim analgetika iz skupine N02, u analgetičke svrhe također koriste brojni nesteroidni protuupalni lijekovi (NSAIL) koji se ubrajaju u M01A skupinu. Od ostalih analgetika iz M01A skupine osim ibuprofena i diklofenaka koji čine 71% potrošnje NSAIL-a u DDD/TSD, u puno manjoj mjeri su zastupljeni **ketoprofen** (8,39 DDD/TSD), **naproksen** (2,74 DDD/TSD), **meloksikam** (1,75 DDD/TSD) i **piroksikam** (1,20 DDD/TSD).

Kada se gleda ukupna financijska potrošnja analgetika na recept i bez recepta, uzima se u obzir i potrošnja lijekova iz ATK klasifikacijske skupine M01 nakon čega ukupna financijska potrošnja analgetika iznosi 183 milijuna kuna za 2017. godinu što zauzima 9. mjesto među svim terapijskim skupinama.

RBR	ATK	INN	Ukupni iznos (mil. Kn)
1.	B01AC06	acetilsalicilna kiselina	60,869
2.	N02BE71	paracetamol, kombinacije	48,771
3.	N02BE01	paracetamol	41,553
4.	M01AE01	ibuprofen	36,697
5.	V06DX03	namirnice za enteralnu primjenu	34,562
6.	R01AA05	oksimetazolin	15,979
7.	R02AA20	antiseptici oralni, različiti	15,902
8.	D08AC02	klorheksidin	14,449
9.	R01AA07	ksilometazolin	14,078
10.	M02AA15	diklofenak	13,579

Tablica 1. Prvih 10 OTC lijekova po potrošnji u milijunima kuna u 2017. godini

ATK – anatomsko-terapijska klasifikacija; INN - international name (međunarodno ime lijeka)

Tijekom promatranog razdoblja potrošnja **acetilsalicilne kiseline** je stabilna s tendencijom smanjenja. Potrošnja acetilsalicilne kiseline je na drugom mjestu po potrošnji među svim lijekovima, ali se gotovo u cijelosti upotrebljava u funkciji inhibicije agregacije trombocita te se posebno analizira u ATK skupini B.

Potrošnja **paracetamola** dostupnog u slobodnoj prodaji tijekom promatranog razdoblja ujednačena je s vrlo malim oscilacijama, a prosječno je iznosila 4,5 DDD/TSD što znači da je u promatranom razdoblju između 4 i 5 ljudi na 1000 ljudi svaki dan uzimalo 1 definiranu dnevnu dozu paracetamola. Paracetamol i njegove kombinacije čine preko 80% potrošnje lijekova iz N02B skupine lijekova. Inače, skupina neopioidnih analgetika i antipiretika (N02B) s prosječnih 111 milijuna kuna potrošnje godišnje predstavlja značajnu skupinu (60%

ukupne potrošnje svih analgetika na recept i bez recepta) jer se radi o skupini lijekova koja se dosta upotrebljava, a prosječni porast potrošnje je oko 2 % godišnje.

Također, moguće je primijetiti da se je potrošnja ibuprofena povećala za 46% u promatranom razdoblju od 2013. do 2017. godine i to ponajviše stoga što su pojedini farmaceutski oblici i dozirne jačine ibuprofena prešle u bezreceptni status, a OTC potrošnja ibuprofena je predstavljala 41% ukupne potrošnje s prosječnim godišnjim povećanjem potrošnje od 10%. Iako se razlozi ove povećane potrošnje nalaze u revidiranim smjernicama za propisivanje diklofenaka s obzirom na povećani rizik od kardiovaskularnih i gastrointestinalnih nuspojava, ukupna stabilna zastupljenost ovih analgetika u slobodnoj prodaji ukazuje na njihovu široku rasprostranjenost u samomedikaciji pacijenata.

#### 1.4. DUH VREMENA I KULTURA ANALGETIKA

Iz gore navedenih podataka o potrošnji analgetika u slobodnoj prodaji, proizlazi činjenica da pacijenti u Republici Hrvatskoj pridaju veliku važnost problemu suzbijanja boli. Moguće je također zapaziti da je čest slučaj samomedikacije u slučaju ikakvih bolova. No otkud zapravo potječe tolika potreba za analgeticima i zašto se toliko lako dostupnih analgetika koristi u općoj populaciji?

Odgovor se može djelomično pronaći u zapisima poljskog filozofa Leszeka Kolakowskog koji je još 1972. godine (Kolakowski, 1989.) pisao o ovim pojavama i koja se odmicanjem vremena i pronalaskom novih tehnologija još više proširila zapadnim svijetom. Kolakowski navodi kako se jedna određena „kultura analgetika“ proširila zapadnom civilizacijom i pod tim izrazom on smatra „prije svega sve one civilizacijske uređaje, one oblike običajnosti i one načine zajedničkog života zahvaljujući kojima izvore patnje možemo da maskiramo pred sobom, ne pokušavajući ni da ih uklonimo, ni da im se suprostavimo.“ Iz ove definicije je očito da se tu mogu ubrojiti sva narkotička i analgetička sredstva koja se koriste za suzbijanje boli. Iako su analgetici od neizmjerne važnosti u kliničkoj praksi, važno je razlučiti sve razloge zbog kojih se analgetici danas koriste, pogotovo u situacijama kad njihova upotreba nije nužno opravdana.

Kolakowski polazi od pretpostavke da se kršćanstvo, kao dominantna zapadnjačka religija koja i dalje značajno oblikuje društvene običaje, pod utjecajem ekonomskih i društvenih čimbenika značajno mijenja. Iz tih razloga se originalni model kršćanstva koji se temeljio na „izvornom grijehu“ i nužnosti patnje kao sile koja oblikuje čovjeka zapravo odbacuje. Ono što ga zamjenjuje je model kršćanstva koji odbacuje „ideju trajnog konflikta između onog što je prolazno i onog što je beskrajno i crta paradoksalnu sliku svijeta koji će već u svom ovozemaljskom dobu postići vrijednost absoluta.“ Drugim riječima, on time konstatira da je zapadna civilizacija „napredovala“ do te točke gdje se na izvor bilo kojeg oblika patnje gleda na kao isključivo negativno iskustvo i gdje pod svaku cijenu patnja treba biti uklonjena. Zbog tih strahova od boli i patnje se javlja određena „profilaktička opsesija i opsesija liječenja“ pri kojoj se određene liječničke intervencije smatraju opravdanim sve u svrhu sprječavanja daljnjih zdravstvenih poteškoća. Ironično je da na kraju te opsesije stvaraju kontraefekt koji rezultira time da sami pacijenti iskazuju povećanu želju i potrebu za korištenjem lijekova u koje spadaju i analgetici. Takvo stanje stvari nije usporeno niti sve većom pojavom mnogobrojnih nuspojava koje analgetici mogu uzrokovati (Carter i sur., 2014.), a koje zahtijevaju daljnju liječničku pažnju zatvarajući taj začarani krug koje uzrokuju medikacijske navike. Kolakowski navodi da „ispada da je strah od bola često bio opasniji od same boli“ što nužno navodi čovjeka da traži pomoć u analgetičkim sredstvima kako bi umanjio strah od boli.

Iz ovih razmatranja možemo zaključiti kako tradicionalne kulturne i društvene vrijednosti u vezi bolesti i boli općenito gube na značaju u današnjem svijetu globalne civilizacije i stoga, stari običaji ne mogu „konkurirati“ novim trendovima i duhu vremena u kojem živimo.

Iz svih ovih razmatranja proizlazi važnost uzimanja u obzir potencijalnih kulturoloških i društvenih čimbenika pri formiranju plana terapije boli. Također se nameće zahtjev za povećanom edukacijom svih zdravstvenih djelatnika, a posebice ljekarnika, o važnosti savjetovanja o pravilnoj uporabi analgetika.

## 2. OBRAZLOŽENJE TEME

Cilj ovoga rada biti će prikazati na koje sve načine kulturološki i društveni čimbenici mogu oblikovati pacijentovo iskustvo i doživljaj boli. Iako se na te čimbenike često ne obraća pažnja u liječničkoj i pogotovo ljekarničkoj praksi, objasniti će se njihova važnost i potencijalna dobrobit od edukacije ljekarnika, kao još uvijek nedovoljno iskorištenog zdravstvenog resursa, o savjetovanju o boli i analgeticima kao često zloupotrebljivanih lijekova. Konačno, staviti će se važnost na načine na koje ljekarnik može unaprijediti svoje komunikacijske vještine u svrhu uspješnijeg savjetovanja o boli s pacijentom pogotovo s obzirom na rasprostranjenost analgetika kao lako dostupnih i široko upotrebljivanih lijekova.

## 3. MATERIJALI I METODE

U izradi ovog teorijskog diplomskog rada korišteni su različiti preglednici znanstvene literature kao što su baze podataka (PubMed, PubFacts, Science Direct), društvena mreža Research Gate, znanstvene i stručne knjige te mrežne stranice sa srodnom tematikom u svrhu pronalaska relevantne literature na odabranu temu. Od posebnog značaja bili su statistički podaci Hrvatske agencije za lijekove i medicinske proizvode. Metode rada pretežno su uključivale pretraživanje uz pomoć ključnih riječi vezanih za određeno potpoglavlje ovog diplomskog rada.

## 4.1. REZULTATI

Bol je jedan od najčešćih simptoma na koji se pacijenti žale u kliničkoj praksi i kao takav je nerazdvojan dio svakodnevnog života budući da se različiti oblici boli javljaju uz razne bolesti i ozljede, ali i uz normalne fiziološke pojave poput menstruacije, trudnoće i poroda. Mnogi oblici liječenja također zahtijevaju izazivanje određene boli kao popratnu pojavu npr. operacije, injekcije ili biopsije. U svim ovim situacijama bol se ne sastoji od isključivo neurofiziološkog elementa, već se u obzir također trebaju uzeti i društveni, psihološki i kulturni faktori koji mogu utjecati na individualni doživljaj boli.

Uz već prethodno navedene fiziološke definicije boli, potrebno je razmotriti kulturološke definicije boli koje uzimaju u obzir da svaka kultura ili društvena skupina definira bol prema vlastitim mjerilima i iskustvima radije nego da je bol i intenzitet boli univerzalno prisutan odgovor na bolne podražaje poput ekstremnih temperatura ili napada oštrim predmetima. Bitno je razlučiti dvije vrste reakcija na bol: „ne-voljnu“, instinktivnu reakciju poput odmicanja tijela od bolnog podražaja i „voljnu“ reakciju poput uklanjanja izvora boli i poduzimanja akcije da se liječi simptom (na primjer uzimanjem analgetika) i traženju kako laičke, tako i profesionalne pomoći u uklanjanju boli (Helman, 2007.).

Važno je naglasiti da „voljne“ reakcije na bol su posebno uvjetovane društvenim i kulturološkim faktorima. Prema Engelu (1950.), bol stoga ima dvije komponente – „izvorni osjet“ i „reakciju na osjet“. Ova reakcija, bila ona voljna ili ne, autori Fabrega i Tyma (1976.) nazivaju „pain behaviour“ ili „iskazivanje bolnog ponašanja“ (u nastavku *pain behaviour*). Ono uključuje sve izraze lica, zvukove, geste, pokrete, promjene u ponašanju i riječi koje pojedinci koriste kako bi opisali svoju bol i/ili zatražili pomoć od drugih. Doduše, moguće je pokazivati *pain behaviour* u odsustvu bolnog podražaja, ali i obrnuto, ne pokazivati takvo ponašanje iako je bolni podražaj prisutan. Da bi ovo razjasnili, korisno je razlučiti između dvije vrste „bolnog ponašanja“: „privatna bol“ i „javna bol“ (Helman, 2007.).

### 4.1.1.PRIVATNA BOL

Prema Engelu, bol koju pojedinac osjeća je njena privatna informacija i stoga, kako bi drugi znali da osoba osjeća bol, ona prvo treba tu bol signalizirati prema izvana verbalno ili ne-verbalno. U tom trenutku, to privatno iskustvo postaje društveni događaj, odnosno, privatna bol postaje javna (Engel, 1950.). Iako, kada bol potječe unutar tijela (na primjer unutarnje

krvarenje) umjesto od vanjske ozljede, žrtvi je potencijalno otežana komunikacija same boli ako nema jasno vidljivih vanjskih ozljeda ili lezija. U toj situaciji, žrtvi je teže naći razumijevanje od strane okoline što može dovesti do osjećaja izolacije budući da je bol izazvala „potpuni raskol između pojedinčevog doživljaja stvarnosti i stvarnosti drugih ljudi“ (Scarry, 1985.).

U pojedinim društvenim skupinama koje izrazito vrednuju stoicizam i staloženost, moguće je da bol, čak i kad je vrlo ozbiljna, ostaje privatna događaj i stoga je nemoguće percipirati da osoba pati na ikoji način. Ova pojava je raširena u anglo-saksonskim društvima koja vrednuju pojam „stisnutih zubi“, odnosno stav pri kojem osoba ne signalizira svoje patnje osim ako je bol neizdrživa. Također, ovakav obrazac ponašanja se više očekuje od muškaraca, poglavito mladih ljudi i vojnika (Fabrega i Tyma, 1976.).

Drugi manje dramatični oblici nedostatka *pain behaviour-a* mogu se javiti u mlade djece koja ne znaju kako artikulirati osjećaj boli kao i u ljudi koji su paralizirani ili polusvijesni. Također, moguće je da osoba, ako se nađe u situaciji u kojoj zna da neće naići na suosjećajan odziv, ne signalizira svoju bol. Stoga, važno je naglasiti da odsustvo *pain behaviour-a* u pojedincu ne znači nužno i odsustvo boli (Helman, 2007.).

#### 4.1.2. JAVNA BOL

*Pain behaviour* i pogotovo njegovi voljni aspekti, uvjetovan je društvenim, kulturnim i psihološkim faktorima. Oni određuju hoće li „privatna bol“ prijeći u iskazivanje *pain behavioura* i u kojim točno društvenim okolnostima će do toga doći.

Hoće li osoba iskazivati „bolno ponašanje“ može ovisiti o vlastitoj interpretaciji značaja boli odnosno smatra li osoba tu bol nečim „normalnim“ ili „abnormalnim“ odnosno društveno prihvatljivim/neprihvatljivim. Primjerom „normalne“ boli smatra se dismenoreja (bolna menstruacija). Jedna studija svjedoči da čak 86% žena u SAD-u u slučaju dismenoreje nije zatražilo medicinsku pomoć (Chen i sur., 2016). U drugoj studiji koja se nastavljala na spoznaje iz prethodno spomenute studije i koja je proučavala razloge zbog kojih žene nisu zatražile medicinsku pomoć, kao jedan od glavnih razloga (36% ispitanika) se nametnulo stajalište da su simptomi koji osjećaju „normalna posljedica mjesečnice“, „činjenica života“, „nešto što dolazi s teritorijem“ i „ne nešto što zahtijeva liječničku pomoć“. Drugi razlozi su uključivali preferenciju da se žene same nose sa dismenorejom, ograničena financijska

sredstva i resursi, mišljenje da liječnici neće htjeti pružiti pomoć ili jednostavno sram i strah od traženja pomoći (Chen i sur., 2018.).

Definicije „abnormalne“ boli, koja bi zahtijevala medicinsku pažnju i liječenje, nastoje biti kulturno i društveno uvjetovane sa sklonošću variranja kroz vrijeme što ukazuje da one nisu nužno fiksne unutar pojedinih kultura. S vremenom, kako nove tehnologije i oblici analgezije postaju dostupni širim masama, ta se pojava zapaža pogotovo u društvima koja prolaze kroz društveni i ekonomski razvoj (Helman, 2007.).

Zborowski (1952.) napominje da *očekivanja* kulturne grupe o tome kako se pojedinac treba nositi sa određenom vrstom boli i njen stupanj prihvaćanja boli kao normalnog dijela života također mogu utjecati na odluku zaslužuje li pojedinac liječničku pomoć. Na primjer, kulture koje stavljaju naglasak na vojna postignuća mogu i očekivati i prihvaćati ratne ozljede, dok miroljubive kulture mogu očekivati, ali ne nužno i prihvaćati ozljede bez pritužbe. Također, Zborowski dalje navodi kako su u Poljskoj i nekim drugim državama, žene očekivale i prihvaćale trudničke bolove kao normalan dio porođajnog procesa, dok su žene u SAD-u češće zahtijevale analgeziju. U jednoj američkoj kohortnoj studiji čiji je cilj bio utvrditi upotrebu analgezije u pretilih trudnica u odnosu na trudnice normalne težine, autori navode da je u periodu između 2009. i 2015. godine 71,3% žena od ukupno preko 17 milijuna žena uključenih u studiju što čini 61.5% svih poroda u SAD-u, tražilo epiduralnu analgeziju prije poroda što ide u korist Zborowski-jevim tvrdnjama (Butwick, 2018.).

Osim očekivanja koje kulturna grupa može imati od pojedinaca u vezi toga kako će se oni nositi sa boli, također su bitna očekivanja koja sam pojedinac može imati u vezi lijekova ili analgetika, a koja također značajno mogu utjecati na doživljaj boli kao što je u slučaju placebo analgezije. Pod time se smatra pojava u kojoj farmakološki neaktivan lijek omogućava pacijentu subjektivno olakšanje boli isključivo zato jer pacijent „vjeruje“ u dobrobit i učinkovitost samog lijeka (Levine, 1981.). Placebo se ovdje spominje također u društvenom kontekstu zato što učinkovitost placebo efekta ovisi o neupitnom autoritetu koji pacijenti mogu pridavati liječnicima ili različitim oblicima terapije. Ako pacijent u bilo kojem trenutku počinje sumnjati u autoritet liječnika ili učinkovitost samog lijeka, placebo efekt gubi na značaju i stoga se može zaključiti da je on također uvjetovan društvenim čimbenicima



(Daniali i Flaten, 2019.). Naravno, u „kulturi analgetika“ gdje postoji neupitan autoritet u korisnost učestalog korištenja analgetika, ovo je bitan čimbenik za razmotriti.

Važan čimbenik koji također utječe na to hoće li pojedinac iskazivati bolno ponašanje i u kojim okolnostima je dostupnost različitih tipova potencijalnih liječnika, iscjelitelja ili pomagača. Sama osobnost liječnika također može utjecati na to hoće li pacijent iskazivati bol. Na primjer, osoba će vjerojatnije biti spremnija potražiti pomoć od bolničkog medicinskog osoblja poput liječnika koji ima empatije i razumijevanja za pacijenta za razliku od hladnog i distanciranog kolege što konačno može rezultirati različitim procjenama pacijentovog stanja od strane dva različita tipa osobnosti liječnika (Helman, 2007.). U jednoj drugoj studiji koja je ispitala učinak karakteristika i neverbalnog ponašanja samih zdravstvenih djelatnika na pacijentov doživljaj boli i pojavu placebo učinka, uočeno je da su visoko samopouzdanje, kompetentnost i profesionalizam liječnika doprinijeli modulaciji boli i placebo učinku. Pozitivno ne-verbalno ponašanje poput osmijeha, snažnog uvjerenog glasa, direktnog kontakta očima i gestikulacije rukama također su doprinijeli nižoj razini prijavljene boli od strane pacijenta i povećanom placebo učinku (Daniali i Flaten, 2019.).

#### 4.1.3. BOL KAO NESREĆA

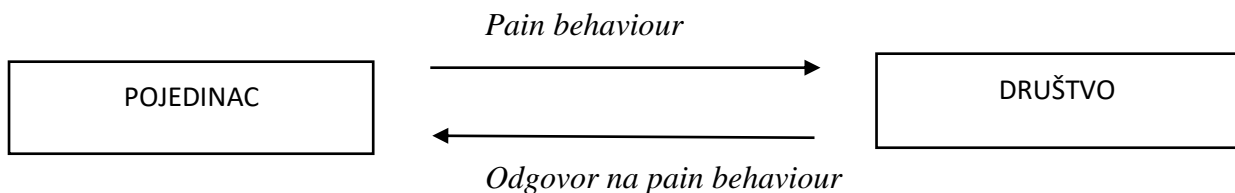
Iako je bol naročito živopisan i emocijama opterećen simptom, u potpunosti ju je moguće shvatiti jedino ako se stavi u širi kontekst *nesreće*. Bol, kao i bolest općenito, je samo jedan od oblika ljudske patnje i stoga kao i drugi oblici nesreće, potiče pojedinca na ista pitanja poput „zašto se meni ovo događa?“, „zašto bas sada?“ ili „što sam učinio da sam ovo zaslužio?“ U mnogim kulturama, pogotovo primitivnijim, na bol se ne gleda kao na pojavu koja je izolirana, već na nešto što je povezano sa širim kontekstom patnji koje osoba doživljava i stoga se pridaje značaj mogućoj povezanosti s drugim oblicima patnje. U situacijama u kojima pojedinci smatraju nesreću kao „Božju kaznu“ za razne grijehe ili moralne transgresije, žrtve mogu biti spremne na prihvaćanje boli i patnje u svrhu duhovnog pročišćenja. Nadalje, mogući su i samo-nametnuti postovi i ekscesivna molitva umjesto konzultacije sa zdravstvenim djelatnikom. Ovakav širi pogled na bol je čest u ne-zapadnim kulturama te pripadnici tih kultura mogu standardne zapadnjačke modalitete liječenja i nošenja sa boli, poput propisivanja analgetika, smatrati nedostatnima i nezadovoljavajućima.

Iako zapadna medicina priznaje postojanje „psihosomatske“ ili „psihogene“ boli, najčešći pristupi uklanjanju organske boli ne uključuju društvene, moralne i psihološke čimbenike koje mnogi ljudi povezuju s boli (Helman, 2007.).

#### 4.1.4. SOCIJALNI ASPEKTI BOLI

Javna bol podrazumijeva *socijalni odnos* (figura 2.), koliko god dugo trajao, između pojedinca i druge osobe ili osoba. Priroda ovih odnosa određuje hoće li privatna bol postati javna, na koji točno način i kakav će biti mogući odgovor drugih osoba. Lewis navodi (1981.) kako su *očekivanja* koja same pojedinci imaju u vezi odgovora okoline na njihove patnje, važan čimbenik koji mnogostruko određuje hoće li se osoba izjasniti da je u bolovima. „Mogućnosti brige za osobu u bolovima, količina empatije i alokacija brige za nemoćne i bolesne su sve važni čimbenici koji određuju hoće li i kako pojedinci iskazati svoju bol“ (Lewis, 1981.). Razumno je za očekivati da će pojedinac dobiti maksimalnu pažnju jedino ako se njihov *pain behaviour* slaže s vrijednostima koje društvo nalaže o tome kako bi se ljudi koji pate trebali ponašati ili kako Zola navodi „Potrebno je slaganje određenih znakova boli s glavnim društvenim vrijednostima koje određuje stupanj pažnje koji će pojedinac dobiti“ (Zola, 1966.). Stoga, tu zapravo postoji određeni dinamičan odnos između pojedinca i društva pri čemu su *pain behaviour* i odgovor društva na njega međusobno uvjetovani.

Figura 2. Uzajamni odnos društva i pojedinca koji iskazuje *pain behaviour*



#### 4.1.5. NAČINI PREZENTACIJE JAVNE BOLI

Svaka kulturna i društvena skupina, a ponekad i svaka pojedina obitelj ili pojedinac, imaju svoj vlastiti „jezik“ kojim se služe da iskazuju *pain behaviour*. U taj jezik se ubrajaju svi kompleksni idiomi kojima se pojedinci služe da komuniciraju okolini razinu svojih patnji. Taj jezik može biti verbalan ili ne-verbalan, ali često je specifičan i standardiziran unutar pojedine grupe. *Oblik* koji *pain behaviour* poprima je uvelike kulturno određen kao i *odgovor* na ovakvo ponašanje. Taj odgovor može ovisiti o tome cijeni li pojedina kultura pretjerano emocionalno verbalno izražavanje pojedinaca i na koji način se očekuje od žrtve da ona iskazuje da je u bolovima. Pojedine kulturne grupe očekuju ekstravagantni i često pretjerano teatralni prikaz emocionalnosti ako je osoba u bolovima, dok druge kulture više vrednuju stoičko prihvaćanje boli te suzdržavanje i umanjivanje simptoma. Zola, u svojoj studiji iz 1966. godine u kojoj je proučavao reakcije na bol u dvjema grupama (grupa talijanskih i grupa irskih migranata u SAD-u), ističe da je kod Talijana zapazio pretjeranu dramaturgiju praćenu ekspresivnošću i očajavanjem što je protumačio kao mehanizam obrane odnosno način nošenja sa tjeskobom koja se veže uz bol „ponavljanjem pretjerane boli koju pojedinac osjeća što rezultira umanjivanjem boli.“ Suprotno tome, kod Iraca je uočio sklonost ignoriranju boli i zanemarivanja pritužbi na tjelesne ozljede. Bol su opisivali izrazima poput „Ignoriram ju kao i većinu stvari“ ili „Više je bilo kao nadraženo nego bolno, ne baš bol, više kao da imam pijeska u očima.“ Zola je ovo protumačio također kao mehanizam obrane, ali za razliku od Talijana koji su naglašavali svoju bol, Iraci su ovaj mehanizam obrane koristili kako bi umanjili „opresivni osjećaj krivnje“ za koji je smatrao da je ostavština irske ruralne kulture. Ovakvi stavovi se najviše usvajaju u ranoj dobi u sklopu odrastanja u obitelji ili zajednici i kao takvi čine važan dio odgojnih običaja.

Ova dva oprečna jezika boli mogu negativno utjecati na vrstu terapije koja je propisana pacijentima, pogotovo u slučaju da je liječnik ili zdravstveni djelatnik pripadnik druge etničke skupine. Liječnik koji cijeni stoicizam i tiho podnošenje boli bi mogao pretjerano emotivnog Talijana proglasiti hipohondrom, dok s druge strane Iraci bi mogli biti potencijalno uskraćeni za terapiju zbog slabe komunikacije svojih patnji. Zola je upozorio da bi ovakav obrazac ponašanja mogao prolongirati njihove patnje stvaranjem „samoispunjavajućeg proročanstva“ (Zola, 1966.).

*Pain behaviour* se također može iskazivati ne-verbalnim jezikom i kultura može utjecati i na ovaj oblik izražavanja. Pod ne-verbalnu komunikaciju boli spadaju nepokretnost tijela i lica, grimase, nemir, uznemireni pokreti, jaukanje, plakanje, vrištanje i korištenje određenih standardiziranih gesta. U svojoj studiji tjelesnih gesti i pokreta kao oblika ne-verbalne komunikacije, Le Barre (1947.) navodi kako se te geste mogu protumačiti ispravno jedino stavljanjem u pripadajući kulturni kontekst. Na primjer, Le Barre je u Argentini zabilježio običaj da se tresenjem prstiju ruke tako da oni stvaraju određeni zvuk signalizira da je nešto „prekrasno“. Suprotno, ako je ta gesta popraćena izjavom „*Ai yai*“ neposredno nakon ozljede, to signalizira da osoba osjeća bol. Stoga, potrebno je takve pokrete staviti u određeni kontekst u kojem se javljaju.

U razmatranju općeg značaja neverbalnog izražavanja boli, Riley i suradnici su opazili povećanu ekspresiju neverbalnog *pain behavioura* u skupini Afro-Amerikanaca u usporedbi sa skupinom bijelih Amerikanaca. Autori zaključuju da povećana neverbalna komunikacija Afro-Amerikanaca može biti posljedica nejednake razine zdravstvene skrbi i dobivene pažnje u odnosu na bijele Amerikance te ujedno i pokušaj za dobivanjem kvalitetnije zdravstvene usluge (Riley i sur., 2002.).

Budući da je *pain behaviour* često standardiziran unutar kulture, moguće je da određeni pojedinci mogu pokušati dobiti simpatije i privući pozornost na sebe *imitirajući* komponente verbalnog ili neverbalnog jezika boli. Primjer ovoga su hipohondri i ljudi s Munchausenovim sindromom koji su sposobni toliko uspješno imitirati stvarnu bol što može rezultirati brojnim procedurama prije nego što je sindrom otkriven (Helman, 2007.).

Vrlo često zanemarivana činjenica koja je višestruko opažena kod pacijenata sa različitim bolestima je da sam *pain behaviour* koji neka osoba iskazuje može zapravo maskirati podležeće psihološko stanje poput ekstremne tjeskobe, depresije ili emotivnog konflikta kroz koji osoba prolazi. U ovim slučajevima, primarni simptom na koji se osoba žali neće biti depresija ili tjeskoba, već određeni fizički simptom poput slabosti, zadihanosti, znojenja, nejasnih bolova ili bolova u točno određenom dijelu tijela. Ovaj proces koji se naziva *somatizacija* u zapadnom svijetu se češće uočava među ljudima niže ekonomske klase iako je također karakterističan za brojne ljude viših ekonomskih klasa kao i brojne kulture. Na primjer, Kleinman (1980.) navodi da u Tajvanu ljudi nemaju običaj otvoreno iskazivati emocije ili vlastite patnje na ikoli način i da se stoga tjeskobna stanja obično iskazuju specifičnim pritužbama na bolove u različitim dijelovima tijela. Zbog toga što kineska kultura definira „somatsku pritužbu kao primarni terapijski problem čak i ako su psihološki simptomi

prisutni“, čak 70% pacijenata koji su se prijavili na Psihijatrijsku kliniku pri Nacionalnoj Tajvanskoj Sveučilišnoj Bolnici prvotno su se požalili na fizičke simptome prije nego što im je dijagnosticirano podležeće psihološko stanje. Ovakav tip somatske manifestacije depresije je prisutan u svim društvima, bez obzira na ekonomsko stanje i bez obzira je li praćen jasnim psihološkim simptomima.

Također, podležeće psihološko stanje može potaknuti i egzacerbaciju različitih bolesti što je posebice zabilježeno u Danskoj kohortnoj studiji koja je istraživala korelaciju između posttraumatičnog stres poremećaja (PTSP) i različitih gastrointestinalnih poremećaja (Gradus i sur., 2017.). Ovi podaci ukazuju kako somatizacija može utjecati na pacijenta i na važnost prepoznavanja različitih pritužbi na bol i njihovih mogućih značenja.

Način na koji pacijenti opisuju bol može biti otežavajuća okolnost za ispravnu dijagnozu i procjenu boli i to može ovisiti o vokabularu koji pacijent posjeduje, njegovom upoznatošću s medicinskim terminima, prethodnim iskustvima i općim vjerovanjima o funkcijama pojedinih dijelova tijela. Moguća je pojava pri kojoj pacijent posuđuje određeni medicinski termin u svrhu opisivanja boli pri čemu može doći do zbunjivanja zdravstvenog djelatnika. Primjer toga je situacija u kojoj pacijent, kako bi opisao razne oblike boli glave i lubanje, koristi izraz „migrena“. Zdravstveno osoblje bi u svakom slučaju trebalo biti svjesno potencijalnog procesa „kliničke mimikrije“ pri postavljanju dijagnoze i procjene boli (Helman, 2007.).

#### 4.1.6. VIDLJIVOST KRONIČNE BOLI

Zahvaljujući modernoj tehnologiji i medicini, u današnjem svijetu su jasno vidljivi prikazi akutne boli u pojedinaca rijetka pojava dok se pojava „tihih“ kroničnih sindroma praćenih snažnom boli može sve više i više zapaziti. Kronična bol predstavlja jedinstvene izazove za pojedinca i za ljude oko njega. Prema Brodwinu (1992.), budući da je kronična bol pojava koja traje značajno duže od akutne boli, to ju čini uistinu „privatnim poremećajem“. Za razliku od akutne boli koja se naglo javlja i kratko traje, vidljivost kronične boli koju drugi ljudi percipiraju u pojedinca zapravo opada s vremenom unatoč tome što pojedinac nastavlja patiti. „Čak i kad kronična bol započne s traumatičnom nezgodom ili teškom bolešću, ona se nastavlja dugo nakon što ovi traumatični događaji izblijede iz sjećanja drugih ljudi.“ Također, manjak jasno vidljivih ozljeda na tijelu pojedinca doprinosi smanjenoj percepciji patnje kroz

koju pojedinac prolazi od strane drugih ljudi, a pojedini ožiljak, modrica ili zavoj, kao jedini preostali znakovi boli koju pojedinac osjeća, nisu dostatni za učinkovito signaliziranje boli. To sve čini kroničnu bol praktički nevidljivom dugoročno gledano. Brodwin navodi kako, pojedinci koje se nađu u takvoj situaciji, mogu razviti specifične načine komunikacije i oblike „javnih performansa“ pomoću kojih signaliziraju svoju bol okolini u svrhu dobivanja pažnje i pomoći. Takvi oblici pojedinčevog ponašanja mogu postati ključan dio obiteljske dinamike kao i ključan dio poslovnih i društvenih odnosa u svrhu veće socijalne kohezije.

Unatoč tome, Hsu (2005.) navodi da kronična bol najčešće „otuđuje pojedinca od okoline“ ili drugim riječima „Nakon nekog vremena, nitko ti ne vjeruje“ (Jackson, 1992.). Sama pojava kronične boli ne pojačava nužno socijalnu koheziju skupine, dapače ponekad može imati baš suprotan efekt. Koliko god bol koju pojedinac osjeća bila značajna i intenzivna, ona je „nestvarna za druge ljude i upravo manjak empatije, od strane okoline prema pojedincu, negativno utječe na žrtvin individualni doživljaj boli“ (Hsu, 2005.).

Kronična bol također može biti praćena ili čak uzrokovana društvenim i psihološkim problemima. Kako Kleinman (1992..) navodi, „depresija i tjeskoba, ozbiljne obiteljske razmirice, loši poslovni odnosi – svi oni doprinose pojavi ili egzacerbaciji kronične boli te ujedno mogu biti pogoršani zahvaljujući kroničnoj boli.“

Iz ovoga proizlazi da je kronična bol specifičan i vrlo zahtjevan izazov za pojedinca koji značajno utječe na njegov svakodnevni život i koje zahtijeva posebnu vrstu pažnje, kako od pojedinčeve okoline, tako i od zdravstvenih djelatnika.

#### 4.1.7. BOL U 21. STOLJEĆU I NOVE PARADIGME LIJEČENJA

Prema podacima američkog Centra Za Kontrolu i Prevenciju Bolesti (CDC) iz 2017., 86% ukupnih troškova u zdravstvu odlazi na liječenje kroničnih bolesti, a ujedno kronične bolesti čine sedam od deset glavnih uzroka smrti u odraslih Amerikanaca (Naughton, 2018.). U desetljećima koja nam predstoje, očekuje se da će produljena životna dob u brojnim dijelovima svijeta doprinijeti značajnoj prevalenciji kroničnih stanja. Brojna stanja, poput osteoporoze, artritisa i drugih degenerativnih poremećaja biti će praćena značajnom razinom kronične boli zbog čega će uspješno liječenje i nošenje sa ovakvim poremećajima predstavljati ogroman izazov osim ako se ne zauzme stav koji reflektira više holistički pristup zdravlju.

Budući da se kronična bol može smatrati više bolešću nego simptomom (Woolf, 2004.), korisno je prvo ukazati na nove paradigme liječenja i tretiranja kroničnih bolesti u 21. stoljeću koje su ujedno primjenjive i u kontroli kronične boli.

Prema Svjetskoj Zdravstvenoj Organizaciji (SZO), zdravlje se definira kao „stanje potpunog fizičkog, mentalnog i društvenog blagostanja, a ne samo kao izostanak bolesti“ (www.who.int). Postoje brojni faktori koji utječu na zdravlje pojedinca. Oni se nazivaju „determinantama zdravlja“ i grupira ih se u 5 kategorija: 1) klinička zdravstvena skrb; 2) genetska podložnost; 3) socio-ekonomski čimbenici; 4) okolišni i fizički utjecaji i 5) individualni obrasci ponašanja poput pušenja, prehrane, količine tjelovježbe i konzumacije droge i alkohola. (www.who.int) U socio-ekonomske čimbenike ubrajaju se obrazovanje, bračni status, prihodi, zaposlenje i etnička pripadnost dok okolišne čimbenike čine mjesto stanovanja, kvaliteta vode i zraka i prijevoz. Oni se zajedno nazivaju „socijalnim determinantama zdravlja“ i drugim riječima, predstavljaju „sve uvjete u kojima se ljudi rađaju, odrastaju, žive, rade i stare“ (www.who.int).

Zabilježeno je da direktni biološki čimbenici u koje se ubrajaju klinička zdravstvena skrb i genetska podložnost utječu na samo 10-20% zdravlja pojedinca dok puno veći utjecaj na zdravlje imaju socijalne determinante zdravlja kao i individualni obrasci ponašanja (Gnadinger, 2014.).

Prema ovoj definiciji zdravlja od strane SZO-a, na zdravlje se ne može više gledati kroz čisto biološko-fiziološku perspektivu. Nužno se nameće potreba za holističkim pristupom zdravlju,

pogotovo ako uzmemo u obzir prevalenciju kroničnih bolesti za koje se standardne dijagnostičke, farmakoterapijske i operacijske procedure pokazuju sve više neučinkovitima.

Nasreću, trenutni trendovi u modernoj medicini stavljaju važnost na biopsihosocijalni model zdravstvene skrbi. On podrazumijeva holistički odnosno cjeloviti pristup bolesti koji uzima u obzir ne samo biološke, već i psihološke i socijalne faktore i osobno ponašanje pojedinca pri definiranju same bolesti (Inerney, 2018.). Stoga, pri primjeni biopsihosocijalnog modela pri savjetovanju i liječenju potrebno je integrirati biološke faktore sa socijalnim i psihološkim čimbenicima koji oblikuju pacijentovo iskustvo. Drugim riječima, javlja se potreba ne samo za postavljanjem dijagnoze, prepoznavanjem simptoma i vršenjem dijagnostičkih pretraga u što većem broju, već i potreba za stvaranjem plana zdravstvene skrbi koji stavlja fokus na pacijenta kao cjelovitu osobu kako bi se postigli najbolji mogući zdravstveni ishodi (Naughton, 2018.).

Takav plan skrbi koji se još naziva „patient-centered care“ ili „skrb orijentirana na pacijenta“ definira se kao „partnerstvo između zdravstvenih djelatnika, pacijenata i njihovih obitelji kojim se osigurava da odluke donesene u vezi pacijenta i njegove terapije odražavaju njegove želje, potrebe i preference te ujedno i da pacijenti posjeduju edukaciju i potporu koja im je potrebna za donošenje odluka u vezi vlastitog zdravlja i sudjelovanju u kreiranju i provođenju plana zdravstvene skrbi“ (Institute of Medicine, USA, 2001.). Ovakav plan skrbi također uzima u obzir važnost uloge koju igra pacijentova obitelj u donošenju odluka vezanih za pacijentovo zdravlje kao i potporu koju pružaju pacijentu u prevladavanju zdravstvenih poteškoća.

#### 4.1.8. ULOGA LJEKARNIKA U SAVJETOVANJU O MODALITETIMA OTKLANJANJA BOLI

Iako na kliničkoj razini primarni način intervencije ljekarnika podrazumijeva savjetovanje u vezi propisivanja odgovarajuće farmakoterapije, profesionalna i etička odgovornost ljekarnika također potencijalno nalaže cjeloviti pristup koji uzima u obzir važnost savjetovanja s pacijentima u vezi njihovih tegoba i ispravnog načina uzimanja terapije. Američka ljekarnička asocijacija u svojem Etičkom kodeksu nalaže da je dužnost ljekarnika da „stavi blagostanje pacijenta u centar pažnje i da prida jednaku težinu pacijentovim zahtjevima kao i onima koji su znanstveno definirani“ ([www.pharmacist.com](http://www.pharmacist.com)).



Brojne studije ukazuju na problem pretjerane i nepravilne upotrebe analgetika u kroničnoj boli. Česti razlog pretjerane uporabe analgetika je nedovoljni stupanj analgezije koji pacijenti osjećaju i mišljenje da će „veća doza pomoći“ što potiče samomedikaciju pacijenata. Također, često je prisutno slično mišljenje čak i među zdravstvenim djelatnicima koji se bave propisivanjem analgetika da je za maksimalni analgetički učinak potrebna povećana doza (Hsu, 2017.). Neki od primjera zlouporabe analgetika uključuju ekscesivnu konzumaciju nesteroidnih protuupalnih lijekova u OTC režimu izdavanja u terapiji reumatoidnog i osteoartritisa (Cavagna i sur., 2013.) kao i zlouporabu opioida na recept što je čak rezultiralo razmjerima epidemije koju se često naziva „opioidnom krizom“ (Cicero i Ellis, 2015.).

Unatoč nedostatku kvalitetno provedenih studija na većem broju ispitanika o potencijalnoj koristi ljekarničkog savjetovanja o boli, određene studije pokazuju povećanu adherenciju pacijenata prilikom korištenja analgetika (Burruss i sur., 2016.).

Budući da je farmakoterapija još uvijek primarna metoda za terapiju boli i uzimajući u obzir sve spoznaje o novim paradigmama liječenja i problemima zloupotrebe analgetika, jasno je da se otvaraju brojne nove mogućnosti za uključenje ljekarnika, kao stručnjaka za analgetike, u proces savjetovanja pacijenata o boli.

Dužnosti ljekarnika prilikom konzultacije o boli s pacijentom bi, u skladu s njegovim kompetencijama, podrazumijevale savjetovanje u vezi ispravnog načina uzimanja analgetika i upozoravanja u vezi mogućih nuspojava vezanih kako za receptne, tako i za OTC lijekove. Na primjer, u jednoj američkoj studiji koja je ispitala potrošnju OTC analgetika u periodu između 1997. i 2002., otkriveno je da su ibuprofenu slični lijekovi najčešće korišteni analgetici dostupni u OTC režimu izdavanja, ali također i da je čak 44% ispitanika prekoračilo maksimalnu preporučenu dnevnu dozu što ukazuje na važnost savjetovanja u vezi ispravne upotrebe (Wilcox i sur, 2005.).

Neka istraživanja su pokazala da učinkovitost komunikacije između pacijenta i zdravstvenog djelatnika u prenošenju podataka u vezi pacijentove terapije nije uvijek optimalna. U tim studijama utvrđeno je da pacijenti nakon savjetovanja s zdravstvenim djelatnicima u vezi svoje terapije zaborave između 40-80% informacija i da je gotovo polovica informacija krivo zapamćeno. Nije iznenađujuće da ovo rezultira time da pacijentova adherencija prema terapijskim uputama za kronične bolesti varira između 37-87% (Cantrell i sur., 2011.) i da se samo 50% lijekova uzima u skladu s uputama (Brown i sur., 2011.). Iako su ova istraživanja

primarno proučavala pacijentovo pamćenje podataka nakon konzultacije s liječnikom, smatra se da se isti problemi javljaju prilikom konzultacija pacijenata s ljekarnicima. Ovi podaci govore u prilog potencijalnoj koristi koju komunikacijske vještine zdravstvenih djelatnika mogu imati u ukupnom doprinosu pozitivnim terapijskim ishodima. Tu se susrećemo s konceptom *patient-centered communication* ili „komunikacije usmjerene na pacijenta“.

#### 4.1.9. KOMUNIKACIJA USMJERENA NA PACIJENTA

Temeljne postavke ovog tipa komunikacije podrazumijevaju „1) poticanje pacijenta na izražavanje svojih pogleda na bolest (tu spadaju također i sve brige, ideje, očekivanja i potrebe koje pacijent može imati), 2) razumijevanje pacijenta kroz društveni i kulturni kontekst koji oblikuje njegove stavove i 3) postizanje međusobnog shvaćanja pacijentovih tegoba i svih potrebnih terapijskih intervencija koje odražavaju pacijentove vrijednosti“ (Epstein i Street, 2007.).

Uključivanjem pacijenta u proces stvaranja terapijskog plana omogućuje pacijentu da se bolje nosi sa svojom bolešću i kroničnom boli i ujedno omogućava mu da se osjeća opuštenije pri izražavanju svojih briga i traženju savjeta od zdravstvenih djelatnika. Takav pristup također doprinosi smanjenoj tjeskobi i stresu oko terapije kao i kraćim vremenom hospitalizacije ili savjetovanja (Bergeson i Dean, 2006.).

Iako se brojni ljekarnici slažu s idejom većeg uključivanja pacijenta pri stvaranju plana terapija u svrhu bolje adherencije, određene prepreke u komunikaciji svedno postoje. Prva prepreka podrazumijeva percepciju manjka vremena za kvalitetno savjetovanje s pacijentom pri čemu ljekarnici smatraju da nemaju dovoljno vremena za izvršavanje svih raznorodnih obaveza unutar radnog vremena što rezultira „kompresijom“ vremena. Drugim riječima, vrijeme koje ljekarnik može pokloniti svakom pacijentu je unaprijed uvjetovano svim drugim poslovima i obavezama koje spadaju u ljekarnikov opis posla (Thompson i Bidwell, 2015.).

Druga prepreka u komunikaciji se tiče zajedničkog donošenja odluka s pacijentom. U svrhu dokazivanja zašto je određena terapija uspješnija ili bolja od druge, u znanstvenoj literaturi se često koriste pacijentu nerazumljivi pojmovi poput vrijednosti određenih laboratorijskih nalaza, krvnog tlaka ili intenziteta određenih simptoma. Ako pacijentu nije jasan značaj tih dokaza, otežana je komunikacija između ljekarnika i pacijenta što može rezultirati pacijentovim mišljenjem da je lijek možda neučinkovit što smanjuje adherenciju

([www.wilkes.libguides.com](http://www.wilkes.libguides.com)). Stoga, kad god su dostupni, preporuča se korištenje „patient-oriented evidence that matters“ (POEMS) odnosno dokazi učinkovitosti određenih terapija koji su pacijenti jasniji poput morbiditeta, cijene, utjecaja na svakodnevni život i opće kvalitete života. Također, važno je naglasiti da su dokazi, na kojima se temelje preporuke i smjernice za propisivanje određenih analgetika, bazirani na rezultatima dobivenim istraživanjima u širokoj populaciji. To ukazuje na važnost razmatranja pacijenta kao pojedinca sa vlastitim brigama, ciljevima i preferencama i za kojeg određeni lijek može imati veću dobrobit od nekog drugog lijeka koji se češće propisuje u određenoj indikaciji (Price i sur., 2015.).

Treća prepreka se tiče osobnih stavova koje ljekarnici mogu posjedovati i koji mogu onemogućiti kvalitetnu komunikaciju. Tradicionalno ljekarnik je trebao raspolagati znanjem o svim farmakološkim i farmakokinetičkim aspektima lijeka u svrhu boljeg propisivanja terapije u odnosu na pacijentove potrebe i samu bolest kao i u svrhu promicanja adherencije. Osim farmakoloških značajki lijekova, ljekarnik u svojoj praksi mora primjenjivati holistički pristup koji podrazumijeva savjetovanje pacijenata i poznavanje pacijentovih individualnih iskustava s medikacijom i bolesti. Jedino nakon cjelovitog razmatranja pacijentovih uvjerenja, stavova i ponašanja oko zdravlja moguće je procijeniti prikladnost određenog lijeka u odnosu na indikaciju, učinkovitost, sigurnost i adherenciju terapiji (krilatica „Pravi lijek za pravog pacijenta u pravoj dozi“). Drugim riječima, „ljekarnik mora zadržati visoku razinu skromnosti u vezi svog znanstvenog znanja kako bi znanje pacijenta moglo biti prepoznato“ (De Oliveira i sur., 2006.).

#### 4.1.10. SAVJETOVANJE

S obzirom da je ljekarnička praksa počela nadilaziti tradicionalne uloge od kojih je glavna izdavanje lijekova, očito je da se javlja potreba za educiranjem ljekarnika u svrhu stjecanja kompetencija na području komunikacije usmjerene na pacijenta. Iako danas postoje brojne objavljene smjernice i priručnici o komunikaciji u zdravstvu općenito, relativno manji broj njih može se primijeniti na ljekarničku praksu zbog činjenice da je većina smjernica primarno namijenjena za liječnike. Unatoč tome, postoje tri odlična primjera koja su primjenjiva na ljekarničku praksu i to su Calgary-Cambridge vodič, Four Habits model („Model četiri navike“) i Patient-centered communication tools (PaCT).

Calgary-Cambridge vodič je skup smjernica razvijen u svrhu podučavanja komunikacije orijentirane na pacijenta. Konstruiran u svrhu podučavanja vršenja kvalitetnijeg intervjua s pacijentom s naglaskom na određenoj strukturi samog intervjua, on se također sastoji od 71 komunikacijske vještine i ponašanja na koje se stavlja naglasak prilikom vršenja intervjua. Iako je prvotno osmišljen za rad u liječničkoj struci, njegova općenita struktura je omogućila primjenjivost i u ljekarničkoj praksi što je i pokazala jedna studija u kojoj je 11 ljekarnika izvršilo ukupno 18 konzultacija i prilikom čega su komunikacijske vještine ljekarnika bile pomno praćene. Zabilježeno je da su se ljekarnici koristili mnogima od u vodiču navedenih komunikacijskih vještina, ali također studija je pokazala i nedostatak određenih vještina i potencijalna područja koja zahtijevaju napredak (Greenhill i sur., 2011.).

The Four Habits Model je još jedan skup smjernica koji se, iako prvotno namijenjen za podučavanje liječnika, pokazao primjenjivim i u ljekarničkoj praksi zbog svoje opće strukture koja se sastoji od 23 komunikacijskih ponašanja podijeljenih u četiri „navike“: ulaganje u početak intervjua, poticanje pacijenta da izrazi svoje poglede, pokazivanje empatije i ulaganje u kraj intervjua. Sa specifičnim primjerima kako izgraditi iskren odnos s pacijentom, potaknuti pacijenta na razgovor i izražavanje briga i kako prenijeti empatiju pacijentu, pokazao se kao odličan model i za ljekarnike. Također je služio kao osnova za razvoj trećeg modela zvanog Patient-centered Communication tools (PaCT) čija je primarna svrha bila za procjenu ljekarničkih komunikacijskih vještina (Krupat i sur., 2006.).

PaCT se sastoji od 23 komunikacijske vještine kategorizirane u 5 „alata“ – stvaranje odnosa s pacijentom, propitkivanje i integriranje pacijentove perspektive, demonstracija interesa i empatije, suradnja i edukacija pacijenta te komunikacija s „finesom“. Svaka individualna komunikacijska vještina se ocjenjuje koristeći Likertovu ljestvicu od 5 mogućih stupnjeva (nezadovoljavajuće, potrebno usavršavanje, adekvatno, sposobno i vješto) (Grice i sur. 2017.).

#### 4.1.11. SPECIFIČNE KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE

Ljekarnici se zbog svoj položaja u zdravstvenom sustavu nalaze u jedinstvenoj poziciji gdje mogu značajno utjecati na zdravlje pacijenata i populacije. Značajka ljekarni kao maloprodajnih trgovina omogućava ljekarnicima da budu među najdostupnijim zdravstvenim djelatnicima budući da su pacijenti u mogućnosti jednostavno ušetati u ljekarnu i bez prethodno ugovorenog termina zatražiti konzultaciju s ljekarnikom. Iako ljekarna nije jedino

mjesto gdje ljekarnici doprinose u obliku savjetovanja s pacijentom, potrebno je imati na umu određene opće komunikacijske vještine prilikom konzultacije s pacijentom u bilo kojem okruženju. To su *otvorenost, aktivno slušanje i jasno izražavanje* (Naughton, 2018.).

*Otvorenost* podrazumijeva davanje do znanja pacijentu da je ljekarnik dostupan za njega i to se najbolje demonstrira ne samo izdvajanjem vremena, već i načinom na koji se pacijenta i njegove perspektive tretira prilikom konzultacije. Također, hladan pozdrav i odavanje dojma kao da je ljekarnik u žurbi signalizira pacijentu da njegovo vrijeme i brige nisu od važnosti. Umjesto toga, obraćanje pacijentu po imenu popraćeno sa osmijehom i ugodnim pozdravom dok se pažljivo sluša uz održavanje pogleda u oči značajno poboljšava povjerljivu narav odnosa pacijent-ljekarnik.

*Aktivno slušanje* podrazumijeva određeni govor tijela (npr. uspravno držanje, kontakt očima i zainteresirani izraz lica), izražavanje razumijevanja u verbalnom („mhm, jasno“) i neverbalnom (klimanje glavom) obliku, parafraziranja u svrhu potvrde razumijevanja i minimalnog postavljanja pitanja i prekidanja pacijenata. Sve te geste daju pacijentu do znanja da ljekarnik posjeduje iskreni interes za njih i njihove brige. Također, kod postavljanja pitanja pacijentu potiče se postavljanje „otvorenih pitanja“ odnosno pitanja koja potiču pacijenta da iznese više informacija umjesto da mu omoguće da odgovori s jednostavnim „da“ ili „ne“. Takav pristup pruža kritičan uvid u pacijentova iskustva s bolešću i boli.

*Jasno izražavanje* podrazumijeva izražavanje u obliku koji je razumljiv pacijentima. Korištenje kompliciranih medicinskih i stručnih izraza otežava sporazumijevanje s pacijentom te često dovodi do nesporazuma ili neshvaćanja od strane pacijenta kako uzimati terapiju. Korisno je pristupiti pacijentu kao nestručnoj osobi, no bez snishodljivosti u obraćanju. U prenošenju ključnih informacija u vezi uzimanja terapije, korisno je polagano pričati i koristiti se svakidašnjim jednostavnim izrazima. Također, bitno je dati vremena pacijentima i njihovim obiteljima da postavljaju pitanja i na kraju konzultacije potaknuti pacijenta da ponovi upute „svojim riječima“ što osigurava ispravno shvaćanje uputa u vezi uzimanja terapije.

U tablici 2. dan je pregled raznih komunikacijskih vještina.

<b>Goal Pharmacist</b>	<b>Responsibility</b>	<b>Communication Skills</b>
Foster the Relationship	Build rapport Appear open Demonstrate respect Demonstrate caring and commitment Acknowledge feelings and emotions	Greet patient warmly and appropriately Maintain eye contact Show interest Listen actively Express empathy
Gather Information	Determine purpose of encounter Discover biomedical perspective (disease) Understand patient perspective (illness)	Ask open-ended questions Allow patient to complete responses Clarify and summarize information Explore impact of illness on patient
Provide Information	Identify patient informational needs Share information Overcome health literacy barriers	Speak plainly and avoid jargon Use “Patient-Oriented Evidence that Matters” (POEMs) Encourage questions Check for understanding
Share Decision-Making	Identify patient goals Outline collaborative treatment plan	Explore patient preferences Identify barriers to treatment choices Negotiate agreement
Enable Treatment Success	Assess the patient’s capacity for self-management Arrange for needed support Advocate for and assist patient with health system	Summarize treatment plan Elicit patient understanding Discuss follow-up

Tablica 2. Pregled raznih komunikacijskih vještina (King i Hoppe, 2013.)

## 4.2. RASPRAVA

S obzirom na narav boli kao iskustvo koje nije univerzalno već vrlo individualno, prilikom svakog savjetovanja s pacijentom o boli potrebno je razmotriti, bez obzira na okolnosti u kojima se to savjetovanje odvija, sve moguće kulturološke i društvene čimbenike koji mogu utjecati na pacijenta. Iako ti čimbenici uvjetuju njegov doživljaj boli, oni također uvjetuju i količinu informacija koje je pacijent voljan podijeliti prilikom savjetovanja o boli. Ako je pojedinac opterećen različitim stavovima o boli koje mu nameće vlastita kultura, okolina ili čak obitelj, moguća je pretjerana suzdržanost ili pretjerana ekspresivnost u iskazivanju boli koju pojedinac osjeća, čak i u kliničkim uvjetima.

Ispravno tumačenje verbalnog i ne-verbalnog *pain behavioura* je od ključnog značaja u procjeni intenziteta boli koju pojedinac osjeća i bez ispravnog tumačenja je nemoguće donositi prikladne preporuke o farmakoterapiji te doziranju i obliku iste. Stoga, od izuzetne je važnosti da ljekarnik posjeduje potrebne komunikacijske vještine pomoću kojih će dobiti precizniji uvid u bol koju pacijent osjeća.

Komunikacijske vještine podrazumijevaju i određeni stav naspram pacijenta kojim ljekarnik daje pacijentu do znanja da on suosjeća s pacijentovim brigama i patnjama i da izdvaja vrijeme za njega. Određene karakteristike poput profesionalizma i samouvjerenosti značajno doprinose smanjenoj boli koju pacijent osjeća, a mogu doprinijeti i placebo učinku i time smanjiti potrebu za potrošnjom samih analgetika. U svakom susretu s pacijentom, empatija je ključna za razvijanje povjerljivog pacijent – ljekarnik odnosa.

U procjeni uloge koju kultura može imati na *pain behaviour*, izuzetno je važno svaki pojedinačni slučaj vrednovati individualno bez predrasuda koje bi mogle utjecati na kvalitetu savjetovanja. Iako studije Zborowskog i Zole navode određene generalizacije prisutne u pojedinim kulturama, potrebno je izbjegavati bilo kakve etničke, društvene ili religiozne stereotipe koji bi mogli utjecati na vrstu savjeta koje ljekarnik pruža pacijentu. U procjeni boli i vrednovanju zahtjeva za određenim tipovima analgezije od strane pripadnika određenih etničkih ili društvenih skupina, osim izbjegavanja predrasuda, ključno je ispitati mogućnost postojanja ekstrinzičnih kulturoloških i socijalnih čimbenika koji potiču pojedince na traženje analgezije.

Analgetici kao lijekovi su od izuzetne važnosti u svakodnevnom životu, no s obzirom na moguće nuspojave važno je protumačiti pacijentov razlog traženja analgezije što se postiže određenim komunikacijskim vještinama i specifičnim pitanjima poput „Kad je bol počela?“, „Gdje vas boli?“, „Koliko jako boli“ i slično. Iako u javnoj ljekarni ovo predstavlja ogroman izazov za ljekarnike s obzirom na ograničenost vremena koje ljekarnik može pridati svakom pacijentu, koristi od savjetovanja o pravilnoj upotrebi analgetika su neosporne. Potrebna su daljnja istraživanja koja bi otkrila načine na koje ljekarnik može više vremena pridati svakom pojedinačnom pacijentu.

S obzirom da je ljekarnik često prvi zdravstveni djelatnik s kojim se pacijenti susreću, pogotovo pri blažim oblicima boli, ispravno prepoznavanje procesa *somatizacije* u pacijenta je od potencijalno velike koristi. Iako je ovo također izazov za ljekarnika u nekliničkom okruženju, sa određenim strukturiranim pitanjima i pravilnim tumačenjem pacijentovog neverbalnog ponašanja moguće je prepoznati određena podležeća psihološka stanja. Naravno, ovo nije moguće prije uspostavljanja povjerljivog odnosa pacijent-ljekarnik što opet naravno može biti izazov s obzirom na kronični nedostatak vremena pri pojedinačnim interakcijama sa pacijentima. Čak i u slučaju ispravnog prepoznavanja *somatizacije*, to nipošto ne znači da je na ljekarniku da odbaci pacijentove pritužbe na bol i uskrati pacijentu analgetsku terapiju. U slučaju ispravnog prepoznavanja *somatizacije*, ljekarnik u sklopu povjerljivog odnosa sa pacijentom može objasniti pacijentu mogućnost postojanja komorbiditeta i uputiti ga liječniku na daljnje pretrage.

Pacijent nikad ne bi trebao biti uskraćen za analgetsku terapiju, pogotovo onaj sa dokumentiranim kroničnim stanjem i vidljivom boli, no u slučaju hipohondara i ljudi s Munchausenovim sindromom, postoji opasnost od lažnog predstavljanja i medicinski neopravdanog traženja analgetika. Budući da su ovdje u pitanju određeni psihološki čimbenici koji utječu na pacijenta, ovo je možda izazov za ljekarnika da takvo stanje pravilno prepozna u nekliničkom okruženju i stoga se svejedno ne preporučuje odbijanje izdavanja analgetika dostupnih u OTC režimu s obzirom da su vjerojatnosti zlouporabe i štetnosti niske (Perrot i sur., 2019.). U kliničkom okruženju u slučaju sumnje na podležeća psihološka stanja potrebno je prvo izvršiti pripadajuća psihološka ispitivanja prije propisivanja ikakve analgezije, pogotovo jačih opioida.

U određenih pacijenata u kojih je bol vidljiva, moguće je odbijanje analgezije unatoč prisutnosti boli. Kroz konzultaciju s takvim pacijentom koristeći komunikacijske vještine moguće je dobiti uvid u pacijentove razloge odbijanja analgezije. Sram, strah od analgetika i



očekivanja od pacijentove obitelji u vezi toga kako se on mora nositi sa tom boli sve mogu biti potencijalni razlozi odbijanja analgezije. Osjećaj krivnje i potreba za iskupljenjem mogu također navesti pacijenta na odbijanje analgezije. Iako ti razlozi mogu biti religijske naravi i stoga je potrebno poštivati pacijentove osobne vrijednosti, također je bitno dati do znanja pacijentu važnost kontrole boli kao faktora koji značajno utječe na ishod terapije. Uz to, potrebno je imati na umu da određeni pacijenti koji izražavaju ovakve stavove često ne nemaju stvarne koristi od same administracije analgetika, već im je potrebna i psihološka i društvena potpora u svrhu prevladavanja boli što je u skladu sa biopsihosocijalnom modelom liječenja.

Određeni pacijenti mogu imati čvrste i već unaprijed formirane stavove o uzroku boli i mogu se pritom služiti medicinskim terminima. Nepravilna upotreba određenih medicinskih termina može dovesti do nesporazuma između ljekarnika i pacijenta i stoga bi ljekarnici trebali biti svjesni mogućnosti procesa „kliničke mimikrije“.

Iako su financijske i terapijske koristi samomedikacije neosporne (Perrot i sur., 2019.), na ljekarniku stoji odgovornost da kroz komunikaciju s pacijentom pokuša prepoznati razloge zanemarivanja boli. Moguće je da će određeni pacijenti biti željni uzimanja analgetika, sve u svrhu toga da „ne budu svojoj obitelji i prijateljima na teret“ što može biti posljedica financijske oskudice. Stoga, moguća je pojava umanjivanja boli koju je izuzetno važno prepoznati ako je moguće od strane ljekarnika kako bi se pacijenta uputilo liječniku na daljnje pretrage.

Poseban slučaj gdje je potrebna povećana pažnja i suosjećanje s pacijentom su slučajevi kronične boli. U tim se slučajevima ljekarnikova uloga kao „saveznika“ u borbi protiv boli pokazala ključnom i neizostavnom u procesu tretiranja kronične boli. Osim savjetovanja u vezi propisivanja prikladne farmakoterapije i režima doziranja, ljekarnik može pacijentu pružiti „emocionalno i psihološko utočište“ i biti savjetnik, a moguće je reći i prijatelj. Ovakav pristup je u skladu s biopsihosocijalnim modelom terapije kroničnih bolesti pri čemu se prakticira „patient-centered care“ koji također uzima u obzir ulogu koju ima pacijentova obitelj u nošenju sa kroničnim bolestima i boli.

## 5. ZAKLJUČAK

- Bol predstavlja sveobuhvatno, multidimenzionalno i cjelovito pacijentovo iskustvo
- Individualni doživljaj boli može se razlikovati u pojedinaca i može biti oblikovan pripadajućom kulturom pojedinca
- Karakteristike i stavovi zdravstvenih djelatnika naspram pacijenata mogu utjecati na intenzitet boli koju pojedinac osjeća kao i na placebo učinak
- Ovisno o stavovima o boli i očekivanja kulture kojoj pojedinac pripada, on može iskazivati *pain behaviour* u odsustvu boli kao i ne iskazivati *pain behaviour* iako je bol prisutna
- Da bi okolina znala da pojedinac pati, potrebno je da on svoju privatnu bol komunicira verbalnim i ne-verbalnim ponašanjem čime ona postaje javna bol
- Kulturne i društvene grupa posjeduju vlastiti „jezik boli“ koji je često standardiziran unutar pojedine kulture
- Proces *somatizacije* može se javiti u kulturama gdje se bol ne izražava javno i on može maskirati razna podležea stanja poput tjeskobe i depresije
- Kronična bol predstavlja poseban izazov za pojedinca budući da ona često nije dugoročno vidljiva i stoga zahtijeva posebnu vrste pažnje od okoline i zdravstvenih djelatnika
- Kronične bolesti i bol zahtijevaju holistički pristup liječenju koji uzima u obzir sve biopsihosocijalne čimbenike koji oblikuju pacijentovo iskustvo i doživljaj boli
- „Patient-centered care“ ili skrb usmjerena na pacijenta je neizostavan dio holističkog pristupa liječenja kroničnih bolesti i boli
- Ljekarnici su obvezani profesionalnom i etičkom odgovornošću da prilikom savjetovanja o boli s pacijentom uzmu u obzir pacijentove potrebe i brige u sklopu cjelovitog pristupa koji odražava sve biološke, kulturološke i socijalne čimbenike koji utječu na pacijentov doživljaj boli
- Ljekarnicima su na raspolaganju različite komunikacijske vještine kojima se mogu služiti u svrhu razvijanja povjerljivog pacijent – ljekarnik odnosa koji potiče pacijenta na sudjelovanje u donošenju odluka oko vlastite terapije boli.
- Opće komunikacijske vještine koji ljekarnici trebaju koristiti prilikom savjetovanja podrazumijevaju otvorenost, aktivno slušanje i jasno izražavanje

- Svaki pojedini slučaj savjetovanja o boli potrebno je vrednovati je individualno prilikom čega je potrebno izbjegavati bilo kakve etničke, društvene ili religiozne stereotipe koji bi mogli utjecati na vrstu savjeta koje ljekarnik pruža pacijentu.
- Ljekarnik bi prilikom svake konzultacije o boli trebao biti spreman izdvojiti vremena kako bi saslušao pojedinca i razmotrio sve njegove pritužbe, brige i pitanja kao i sve kulturološke i društvene čimbenike koji potencijalno mogu utjecati na pacijentov doživljaj boli.

## 6. LITERATURA

American Pharmacists Association. Code of Ethics for Pharmacists, <http://www.pharmacist.com/code-ethics>, pristupljeno 10.9. 2019.

Bergeson SC, Dean JD. A systems approach to patient-centered care. *J Am Med Assoc*, 2006, 296, 2848–2851.

Breivik H1, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. Assessment of pain. *Br J Anaesth*, 2008, 101(1), 17-24.

Brodwin PF. Symptoms and social performances: the case of Diane Reden. U: *Pain as Human Experience: an Anthropological Perspective*. Good MD, Brodwin PE., Good BJ, Kleinman A, urednici, Berkeley, University of California Press, 1992, str. 77–99.

Brown MT, Russell JK. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin. Proc*, 2011, 86, 304–314.

Burruss RA, Olson T, Garofalo DF, Arikian V, Oleru K, Malik F, Wood A, Traurig T, Feinberg BA. Patient Counseling By A Specialty Pharmacist Increases Pain Medication Adherence And Persistency. *Value in Health*, 2016, 19(7), A615.

Butwick AJ, Wong CA, Guo N. Maternal Body Mass Index and Use of Labor Neuraxial Analgesia: A Population-based Retrospective Cohort Study. *Anesthesiology*, 2018, 129(3), 448-458.

Cantrell CR, Priest JL, Cook CL, Fincham, J, Burch SP. Adherence to treatment guidelines and therapeutic regimens: A U.S. claims-based benchmark of a commercial population. *Popul. Health Manag*, 2011, 14, 33–41.

Carter G T, Duong V, Ho S, Ngo KC, Greer CL, Weeks, DL. Side effects of commonly prescribed analgesic medications. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 2014, 25(2), 457-470.

Cavagna L, Caporali R, Trifiro G, Arcoraci V, Rossi S, Montecucco C. Overuse of prescription and OTC non-steroidal anti-inflammatory drugs in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2013, 26(1), 279–81

Chapman WP, Jones CM. Variations in cutaneous and visceral pain sensitivity in normal subjects. *J Clin Invest*. 1944, 23, 81–91.

Chen CX, Kwekkeboom KL, Ward SE. Beliefs about dysmenorrhea and their relationship to self-management. *Res Nurs Health*. 2016, 39(4), 263–276.

Chen, CX, Shieh C, Draucker CB, Carpenter JS. (2018). Reasons women do not seek health care for dysmenorrhea. *J Clin Nurs*, 2018, 27(1-2), e301-e308.

Cicero TJ, Ellis MS. Abuse-deterrent formulations and the prescription opioid abuse epidemic in the United States: lessons learned from OxyContin. *JAMA Psychiat*. 2015, 72(5), 424–30.

Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Institute of Medicine, Washington, DC, National Academy Press, 2001.

Constitution of the World Health Organization. 1946, [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf), pristupljeno 10.9. 2019.

Daniali H, Flaten MA. A qualitative systematic review of effects of provider characteristics and nonverbal behavior on pain, and placebo and nocebo effects. *Front Psychiatry*, 2019, 10.

De Oliveira DR., Shoemaker SJ. Achieving patient centeredness in pharmacy practice: Openness and the pharmacist's natural attitude. *J Am Pharm Assoc*, 2006, 46, 56–66.

Emerson NM, Zeidan F, Lobanov OV, Hadsel MS, Martucci KT, Quevedo AS, Starr CJ, Nahman-Averbuch H, Weissman-Fogel I, Granovsky Y, Yarnitsky D, Coghill RC. Pain sensitivity is inversely related to regional grey matter density in the brain. *Pain*. 2014, 155(3), 566–573.

Engel G. “Psychogenic” pain and the pain-prone patient. *Am J Med*, 1950, 26(6), 899-918.

Epstein RM; Street RL. *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering*. National Cancer Institute/National Institutes of Health, Bethesda, 2007; 07-6225

Evidence-Based Practice and Information Mastery: POEMs and DOEs, <https://wilkes.libguides.com/c.php?g=191942&p=1266516>, pristupljeno 10.9. 2019.

Fabrega, H, Tyma S. Language and cultural influences in the description of pain. *Br Med J Psychol*. 1976, 49, 349–71

Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL III. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain*. 2009, 10(5), 447–485.

Gagliese L. Pain and aging: the emergence of a new subfield of pain research. *J Pain*, 2009, 10(4):343-353.

Gnadinger T. Health Policy Brief: The Relative Contribution of Multiple Determinants to Health Outcomes. *Health Aff*, 2014.

Gradus JL, Farkas DK, Svensson E, Ehrenstein V, Lash TL, Sørensen HT. (). Posttraumatic stress disorder and gastrointestinal disorders in the Danish population. *Epidemiology*, 2017, 28(3), 354-360.

Grice GR, Gattas NM, Prosser T, Voorhees M, Kebodeaux C, Tiemeier A, Berry TM, Wilson AG, Mann J, Juang P. Design and validation of patient-centered communication tools (PaCT) to measure students' communication skills. *AJPE*, 2017, 81, 33–48.

Frieszem CH, Willweber-Strumpf A, Zenz MW. Chronic pain in primary care: German figures from 1991 and 2006. *BMC Public Health*, 2009, 9, 299.

Greenhill N, Anderson C, Avery A, Pilnick A. Analysis of pharmacist-patient communication using the Calgary-Cambridge guide. *Patient Educ Couns*, 2011, 83, 423–431.

Hasselström J, Liu-Palmgren J, Rasjö-Wrååk G. Prevalence of pain in general practice. *Eur J Pain*, 2002, 6, 375–385.

Helman, C. Pain and culture. U: Culture, health and illness.. London, CRC press, 2007, str. 185-196.

Hsu, E. Acute pain infliction as therapy. *Etnofoor*, 2005, 18(1), 78–96.

Hsu ES.. Medication overuse in chronic pain. *Curr Pain Headache Rep*, 2017, 21(1), 2.

Inerney SJM. Introducing the biopsychosocial model for good medicine and good doctors. *Br Med J*, 2018, 324, 1533.

Jackson JE. "After a While No One Believes You": Real and Unreal Pain. U: Pain as Human Experience: an Anthropological Perspective. Good MD, Brodwin PE., Good BJ, Kleinman A, urednici, Berkeley, University of California Press., 1992, str. 138-168.

Jouybari L, Sanagoo A. Patient's perception of acute pain: cultural realities. *Eur J Pain*, 2006, 10, 892.

King A, Hoppe RB. Best practice for patient-centered communication: A narrative review. *JGME*, 2013, 5, 385–393.

Kleinman, A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, University of California Press, 1980, str.138–45.

Kleinman A, Brodwin PB, Good BJ, Good MJ. Pain as human experience: an introduction. U: *Pain as Human Experience: an Anthropological Perspective*. Good MD, Brodwin PE., Good BJ, Kleinman A, urednici, Berkeley, University of California Press., 1992, str. 1–26.

Knaggs RD, Hobbs GJ. Pain. U: *Clinical pharmacy and therapeutics*. Roger W, Whittlesea C, urednici, Elsevier, 2012, str. 519-535.

Kolakowski L. Mit u kulturi analgetika. U: *Prisustvo Mita*, Beograd, Rad, 1989, str. 111-143

Krupat E, Frankel RM, Stein T, Irish J. The four habits coding scheme: Validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Educ Couns*, 2006, 62, 4-12.

LaBarre, W. The cultural basis of emotions and gestures. *J Pers*, 1947, 16(1), 49-68.

Levine JD, Gordon NC, Smith R, Fields HL. Analgesic responses to morphine and placebo in individuals with postoperative pain. *Pain*, 1981, 10(3), 379-389.

Lewis, G. Cultural influences on illness behaviour: a medical anthropological approach. U: *The Relevance of Social Science for Medicine*. Eisenberg L, Kleinman A, urednici. Dordrecht, Dordrecht-Reidel, 1981, str. 1515–62.

Naughton CA. Patient-centered communication. *Pharmacy*, 2018, 6(1), 18.

Perrot S, Cittée J, Louis P, Quentin B, Robert C, Milon JY, Bismut H, Baumelou A. Self-medication in pain management: The state of the art of pharmacists' role for optimal Over-The-Counter analgesic use. *Eur J Pain*, 2019.

Potrošnja lijekova u Hrvatskoj od 2013. do 2017. godine, <http://www.halmed.hr>, pristupljeno 1.8.2019.

Price AI, Djulbegovic B, Biswas R, Chatterjee P. Evidence-based medicine meets person-centered care: A collaborative perspective on the relationship. *J Eval Clin Pract*, 2015, 21, 1047–1051.

Rahim-Williams B, Riley III JL, Williams AK, Fillingim RB. A quantitative review of ethnic group differences in experimental pain response: do biology, psychology, and culture matter? *Pain Med*, 2012, 13(4), 522-540.

Riley III JL, Wade JB, Myers CD, Sheffield D, Papas RK, Price DD. Racial/ethnic differences in the experience of chronic pain. *Pain*, 2002, 100(3), 291-298.

Scarry, E. *The Body in Pain*. Oxford: Oxford University Press, 1985, str. 3–23.

Social determinants of health, [https://www.who.int/social\\_determinants/en/](https://www.who.int/social_determinants/en/), pristupljeno 10.9. 2019.

Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*, 1995, 152(9), 1423.

Thompson L, Bidwell S. Space, time, and emotion in the community pharmacy. *Health & place*, 2015, 34, 251-256.

Wilcox CM, Cryer B, Triadafilopoulos G. Patterns of use and public perception of over-the-counter pain relievers: focus on nonsteroidal antiinflammatory drugs. *J Rheumatol*, 2005, 32, 2218-2224.

Woolf CJ. Pain: moving from symptom control toward mechanism-specific pharmacologic management. *Ann Intern Med*, 2004 140(6), 441-451.

Zborowski M. Cultural Components in Responses to Pain. *J Soc Issues*, 1952, 8(4), 16-30.

Zola, IK. Culture and symptoms: an analysis of patient's presenting complaints. *Am Sociol Rev*, 31, 615-630.



## 7. SAŽETAK/SUMMARY

Bol predstavlja sveobuhvatno, multidimenzionalno i cjelovito pacijentovo iskustvo prilikom čega se individualni doživljaj boli može značajno razlikovati u pojedinaca. Prilikom svakog savjetovanja o boli s pacijentima potrebno je imati na umu utjecaj ne samo direktnih bioloških čimbenika, već i kulturoloških i društvenih čimbenika koji mogu oblikovati pacijentov doživljaj boli. U svrhu razlučivanja pojedinih razloga traženja analgezije od strane pacijenta, ljekarnik bi trebao posjedovati i služiti se određenim komunikacijskim vještinama koje uključuju otvorenost, aktivno slušanje i jasno izražavanje. Svaki pojedini slučaj savjetovanja o boli potrebno je vrednovati je individualno prilikom čega je potrebno izbjegavati bilo kakve etničke, društvene ili religiozne stereotipe koji bi mogli utjecati na vrstu savjeta koje ljekarnik pruža pacijentu.

Pain represents a comprehensive, multidimensional and holistic experience in which the individual pain experience can vary among different individuals. During every patient consultation regarding pain it is necessary to take into account not just the direct biological factors, but also culturological and social factors which all can shape the patient's experience of pain. In purpose of discerning the potential reasons for analgesia requests made by patients, the pharmacist should possess and be able to use certain communication skills which include openness, active listening and speaking plainly. Each individual case should be evaluated separately during which the pharmacist should avoid any ethnical, social or religious stereotypes which could influence the type of medical advice given to the patient.

## Temeljna dokumentacijska kartica

Sveučilište u Zagrebu  
Farmaceutsko-biokemijski fakultet  
Studij: Farmacija/Medicinska biokemija  
Samostalni kolegij (Sociologija u zdravstvu)  
A. Kovačića 1, 10000 Zagreb, Hrvatska

Diplomski rad

### "Kultura analgetika": potreba za novim pristupom u liječenju boli

Marin Gregurinčić

#### SAŽETAK

Bol predstavlja sveobuhvatno, multidimenzionalno i cjelovito pacijentovo iskustvo prilikom čega se individualni doživljaj boli može značajno razlikovati u pojedinaca. Prilikom svakog savjetovanja o boli s pacijentima potrebno je imati na umu utjecaj ne samo direktnih bioloških čimbenika, već i kulturoloških i društvenih čimbenika koji mogu oblikovati pacijentov doživljaj boli. U svrhu razlučivanja pojedinih razloga traženja analgezije od strane pacijenta, ljekarnik bi trebao posjedovati određene komunikacijske vještine koje uključuju otvorenost, aktivno slušanje i jasno izražavanje. Svaki pojedini slučaj savjetovanja o boli potrebno je vrednovati je individualno prilikom čega je potrebno izbjegavati bilo kakve etničke, društvene ili religiozne stereotipe koji bi mogli utjecati na vrstu savjeta koje ljekarnik pruža pacijentu.

Rad je pohranjen u Središnjoj knjižnici Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.

Rad sadrži: 37 stranica, 2 grafička prikaza, 2 tablice i 60 literaturnih navoda. Izvornik je na hrvatskom jeziku.

Ključne riječi: Savjetovanje o boli, komunikacijske vještine, kultura i bol, individualni doživljaj boli, analgetici

Mentor: **Dr. sc. Živka Juričić**, redoviti profesor Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.

Ocjenjivači: **Dr. sc. Živka Juričić**, redoviti profesor Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.

**Dr. sc. Renata Jurišić Grubešić**, redoviti profesor Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.

**Dr. sc. Maja Ortner Hadžiabdžić**, docent Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.

Rad prihvaćen: rujan 2019.

## Basic documentation card

University of Zagreb  
Faculty of Pharmacy and Biochemistry  
Study: Pharmacy  
Independent course (Sociology in healthcare)  
A. Kovačića 1, 10000 Zagreb, Croatia

Diploma thesis

### “Culture of analgesics”: the need for a new approach in pain management

**Marin Gregurinčić**

#### SUMMARY

Pain represents a comprehensive, multidimensional and holistic experience in which the pain intensity can vary among different individuals. During every patient consultation regarding pain it is necessary to take into account not just the direct biological factors, but also culturological and social factors which can all shape the patient's experience of pain. In purpose of discerning the potential motivations behind analgesia requests made by patients, the pharmacist should possess and be able to use certain communication skills which include openness, active listening and speaking plainly. Each individual case should be evaluated separately during which the pharmacist should avoid any ethnical, social or religious stereotypes which could influence the type of medical advice given to the patient.

The thesis is deposited in the Central Library of the University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry.

Thesis includes: 37 pages, 2 figures, 2 tables and 60 references. Original is in Croatian language.

Keywords: Pain counseling, communication skills, pain and culture, individual pain experience, analgesics

Mentor: **Živka Juričić, Ph.D.** / *Full Professor*, University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry

Reviewers: **Živka Juričić, Ph.D.** / *Full Professor*, University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry

**Renata Jurišić-Grubešić, Ph.D.** / *Full Professor*, University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry

**Maja Ortner Hadžiabdić, Ph.D.** / *Assistant Professor*, University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry

The thesis was accepted: september 2019..