02 listopada 2021

Charakterystyka i diagnostyka bólu u osób starszych

Ból u osób starszych jest bagatelizowanym zjawiskiem poprzez panujący stereotyp, że nieodłącznie towarzyszy osobom w tej grupie wiekowej. Dodatkowo, skuteczna terapia dolegliwości bólowych u seniorów jest ograniczona, często niewłaściwa, poprzez wiele czynników związanych z procesem starzenia się. Według obowiązującej definicji, skonstruowanej przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu, ból to: *„nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia”*. Ból jest jednym z najczęstszych objawów towarzyszących wielu patologiom występującym w starości. Typowe bóle, to bóle kości i stawów. Ból jest subiektywnym odczuciem, oceną chorego, może podlegać modyfikacji na podstawie przebytych doświadczeń oraz osobowości człowieka. W zależności od czasu trwania ból można podzielić na ostry i przewlekły. **Ból ostry** to taki, który powstaje w wyniku uszkadzającego bodźca i trwa nie dłużej niż 3 miesiące (jest to np. czas potrzebny do zakończenia procesu gojenia uszkodzonych tkanek). Odgrywa on ważną rolę odruchowo-obronną, gdyż alarmuje o nieprawidłowościach i zagrożeniach. Sygnalizuje powstanie objawów chorobowych, zmusza do szukania pomocy i szukania przyczyny. Jest to pozytywny aspekt bólu. **Ból przewlekły** stwierdza się, jeśli dolegliwości bólowe utrzymują się ponad 3 miesiące, powodując cierpienie i obniżenie jakości życia pacjenta, jego rodziny/opiekunów, w aspekcie fizjologicznym, psychologicznym, duchowym i społecznym lub gdy ból utrzymuje się, mimo wygojenia uszkodzonych tkanek. Ból przewlekły nie pełni już funkcji ostrzegawczo-obronnej, jak jest w przypadku bólu ostrego, staje się chorobą, wpływając negatywnie na stan biopsychospołeczny człowieka. Prowadzi do wyczerpania fizycznego (zmęczenie, brak snu, utrata apetytu, niedożywienie) i psychicznego (depresja, lęk). Istotnie ograniczać może samodzielność chorego w zakresie podstawowych czynności życia codziennego.

Według miejsca i mechanizmu powstania ból można podzielić na: neuropatyczny, receptorowy (nocyceptywny) i psychogenny. **Ból neuropatyczny**, jest specyficznym rodzajem bólu, rzadko rozpoznawanym, będącym zespołem charakterystycznych objawów niepoddających się leczeniu klasycznymi lekami przeciwbólowymi i przeciwzapalnymi. Definicja bólu neuropatycznego, zaproponowana przez Komitet ds. Taksonomii IASP (*International Association for the Study of Pain*) mówi, że jest to ból spowodowany uszkodzeniem lub chorobą somatosensorycznej części układu nerwowego. Specyfika mechanizmu powstawania oraz wieloczynnikowa etiopatogeneza, wymagają indywidualnego podejścia w leczeniu. Niektórzy pacjenci mogą odczuwać bardzo silne dolegliwości bólowe mimo braku klinicznych objawów uszkodzenia nerwów i na odwrót. Uszkodzenie prowadzące

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie, dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa -zit

do bólu neuropatycznego może nastąpić na poziomie nerwu obwodowego, rdzenia kręgowego lub ośrodkowego układu nerwowego. Może mieć charakter neuralgii, zespołu korzeniowego, kauzalgii, bólu fantomowego. Odczuwany jest jako pieczenie, kłucie, jest trudny do opisania przez chorego, najczęściej ma charakter napadowy, przeszywający, promieniujący, może występować samoistnie lub po podrażnieniu. Mogą mu towarzyszyć: nadwrażliwość na bodźce mechaniczne i termiczne, mrowienia, drętwienia, zaburzenia czucia powierzchownego. Nie ma wielu danych, dotyczących częstości występowania bólu neuropatycznego lub są one niespójne. Długotrwały przebieg bólu sprawia, że wraz z poczuciem bezradności i bezsilności pojawia się depresja. Należy także pamiętać, że depresja może manifestować się występowaniem zespołów bólowych, zwłaszcza kiedy pacjent mówi, że *„wszystko boli”*, jest to bowiem jedna z somatycznych masek depresji. **Ból receptorowy** powstaje w wyniku uszkodzenia tkanek i pobudzenia receptorów bólowych. W zależności od lokalizacji tych receptorów może być somatyczny (skóra, mięśnie, stawy, kości) lub trzewny (narządy wewnętrzne). Jest to zazwyczaj ból dobrze zlokalizowany. **Ból psychogenny** ma swoje źródło w psychice chorego, nie ma podłoża organicznego.

Diagnostyka bólu

W ocenie bólu bierze się pod uwagę jego natężenie. Powszechnie stosowaną skalą oceny natężenia bólu jest skala wizualno-analogowa (ang. *Visual Analogue Scale* – VAS), gdzie na 10-centymetrowym odcinku, początek – 0 - to brak bólu, a koniec – 10 - najsilniejszy ból, jaki chory może sobie wyobrazić. Pacjent zaznacza punkt na skali, w miejscu, które najlepiej odpowiada natężeniu doznawanego przez niego bólu. Bóle w granicach 1-3 określane są jako słabe, 4-6 jako umiarkowane, 7-10 – bardzo silne. Odmianą wyżej opisanej skali jest skala numeryczna (ang. *Number Rating Scale* – NRS). Prosi się pacjenta, żeby określił, jak silny jest ból, w skali 0-10. Inną metodą jest skala słowna (ang. *Verbal Rating Scale* – VRS). Jest to skala porządkowa, zawierająca szereg ustawionych cyfr z przypisanymi do nich określonymi stopniami natężenia bólu, gdzie cyfra 0 oznacza brak bólu, 1 – mały, łagodny ból, 2 – średni, znośny ból, 3 – duży, dotkliwy ból, 4 – najgorszy, nie do wytrzymania. Dodatkowych informacji o bólu dostarczają mapy bólu – na gotowym rysunku sylwetki człowieka zaznacza się miejsce odczuwanego bólu. U chorych z utrudnionym kontaktem, źródłem informacji o bólu jest obserwacja pacjenta i ocena zmian jego zachowania (ocena behawioralna), a skalą - skala DOLOPLUS (w praktyce rzadko używana). Składa się z 10 pozycji oceniających 3 obszary: - reakcje somatyczne (dolegliwości somatyczne: tachykardia, wzrost ciśnienia, rozszerzenie źrenic, zwiększona potliwość, przyspieszenie oddechu, duszność; obronna pozycja ciała; ochrona miejsc bolesnych; wyraz twarzy: grymas bólu, szczelinowe przymknięcie oczu, trójkątne ustawienie brwi, opuszczenie kącików ust, smutek na twarzy; zaburzenia snu), - reakcje psychosomatyczne (zaburzona aktywność życia codziennego – mycie, ubieranie, zdolność poruszania się), - - reakcje psychospołeczne (brak zainteresowania otoczeniem, zaniepokojenie, agresja, pobudzenie, wrogość, lęk, złość lub gniew, poczucie beznadziejności i rezygnacji, przygnębienie, depresja).

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie, dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa -zit

Percepcja bólu, rozpatrywana od strony psychologicznej to nie tylko poczucie bólu, ale także jego tolerancja. Ból przewlekły i depresja mogą być postrzegane, jako dwie odrębne jednostki chorobowe, często jednak współistnieją ze sobą, wydłużając leczenie, zdecydowanie pogarszając jakość życia pacjentów i planowane wyniki terapii.

Diagnoza bólu u osób starszych z otępieniem

Pacjenci niesprawni poznawczo, a zatem również pacjenci otępienni, mogą odczuwać ból w taki sam sposób, jak pacjenci nie cierpiący na demencję. Mogą oni jednak nie rozumieć, że to co odczuwają jest bólem. W tej kwestii są trochę podobni do dzieci. W przypadku diagnozy pacjentów otępiennych kluczowa jest obserwacja zachowania. Wskaźniki behawioralne pozwalają opiekunowi ocenić jakie jest prawdopodobieństwo, że pacjent cierpi. Obserwując bliską Ci chorą osobę zwróć szczególną uwagę na płacz, jęczenie, wzdychanie, sapanie i stękanie. Te, wydawane przez nią dźwięki, mogą być spowodowane przez ból. Niech Twojej uwadze nie umkną również zmiany w mimice twarzy, takie jak zaciśnięte zęby, szeroko otwarte oczy i zaciśnięte wargi. Zachowaj czujność, jeśli chora osoba podtrzymuje się mebli lub innych przedmiotów, kiedy stara się wykonać jakiś ruch. Osoba, która cierpi z powodu długotrwałego bólu może mieć problem z dłuższym utrzymaniem jednej pozycji lub też pocierać obolałe miejsce.

Piśmiennictwo:

1. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red): *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Źródło zdjęcia: *https://www.canva.com/photos/*

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie, dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa -zit