

Karina Rożek

Katedra Polityk Publicznych i Nauk o Zdrowiu, Instytut Zarządzania i Spraw Społecznych,
Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
ORCID: 0000-0002-5733-8104
<https://doi.org/10.26881/ndps.2024.52.12>

Agnieszka Serczyk

Katedra Polityk Publicznych i Nauk o Zdrowiu, Instytut Zarządzania i Spraw Społecznych,
Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
<https://doi.org/10.26881/ndps.2024.52.12>

Ból – specyfika diagnozowania i leczenia u osób starszych

Ból jest zjawiskiem powszechnym. W diagnostyce stanowi ważny sygnał ostrzegawczy, ale jest również problemem klinicznym, zwłaszcza ból przewlekły. Dla osób starszych problem bólu uporczywego jest szczególnie ważny. Wpływa on niekorzystnie na sposób funkcjonowania, uczestniczenie w życiu społecznym, rodzinnym i obniża jakość życia. Istotnym czynnikiem komplikującym jest wielochorobowość i nakładanie się zaburzeń funkcjonalnych osób starszych. Dodatkowym problemem staje się również odrębne podejście do aspektu leczenia bądź kontroli bólu na oddziałach szpitalnych w tym oddziałach intensywnej terapii, ośrodkach leczenia długoterminowego. W pracy przedstawiono najistotniejsze aspekty dotyczące specyfiki diagnostyki i sposobów leczenia bólu u osób w podeszłym wieku.

Słowa kluczowe: ból, leczenie bólu, osoby starsze

Pain – specifics of diagnosis and treatment in the elderly

Pain is a common phenomenon. In diagnostics, it is an important warning signal, but it is also a clinical problem, especially chronic pain. For older people, the problem of persistent pain is particularly important. It adversely affects the way of functioning, participation in social and family life and reduces the quality of life. An important complicating factor is the multimorbidity and overlap of functional and functional disorders in older people. An additional problem is also a separate approach to the aspect of pain treatment or control in hospital wards, including intensive care units and long-term treatment centers. The paper presents the most important aspects regarding the specificity of diagnosis and methods of treating pain in the elderly.

Key words: pain, treatment pain, elderly

Wprowadzenie

Ból jest najczęściej definiowany jako nieprzyjemne, przykre doznanie emocjonalne, które jest związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem struktur ciała lub w takich kategoriach opisywane (Adamczak-Ratajczak 2021: 140). Częściej w praktyce używa się określenia "czucie bólu", czy "odczucia bólowe" wskazując na subiektywny i bardzo indywidualny charakter tego parametru w badaniu klinicznym. Wskazuje się na komponenty bólu takie jak: biologiczna (fizyczna, receptorowa), psychiczna (emocje), społeczna (sytuacje rodzinne, w środowisku zamieszkania i najbliższym otoczeniu). Podział dolegliwości bólowych wg Loeser'a obejmuje: ból przejściowy, ostry, przewlekły nienowotworowy i nowotworowy (Beissner 2012: 48). Geneza bólu jest podstawą podziału określonego przez American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons: ból receptorowy – powstający poprzez stymulację receptorów bólowych, neuropatyczny, wynikający z toczącej się patologii w obrębie układu nerwowego, mieszany, i psychiczny towarzyszący zaburzeniom o podłożu psychicznym (Beissner 2012: 489). Ze względu na czas trwania najistotniejszy jest podział na ból szybki przenoszony przez zmielinizowane włókna typu A delta i przewlekły przenoszony przez włókna niezmielinizowane typu C, na których zakończeniach znajdują się receptory opioidowe. W bólu przewlekłym trudniej zidentyfikować przyczynę, trudniej wskazać dokładną jego lokalizację a leczenie głównie polega na kontrolowaniu bólu, jego łagodzeniu a nie zlikwidowaniu. Największym problemem osób w podeszłym wieku wydaje się być właśnie ból uporczywy, przewlekły wynikający ze współistnienia wielu schorzeń. Taki rodzaj bólu przestaje być zatem cennym sygnałem ostrzegawczym diagnostycznie a staje się odrębnym problemem terapeutycznym wymagającym skomplikowanego długiego procesu leczenia. Taki ból również ogranicza funkcjonowanie, wpływa na obniżenie nastroju potęgując niekiedy inne problemy zdrowotne seniora.

Zarówno próg czucia bólu – a więc najmniejsze natężenie bodźca powodujące odczucia bólowe jak i próg tolerancji bólu – największe natężenie bólu określane przez chorego jako możliwe do zniesienia, są subiektywne i zależne od takich czynników jak chociażby stan emocjonalny cierpiącego (Adamczak-Ratajczak 2021: 143). Na proces tolerancji bólu składa się wiele czynników – zmęczenie, bezsenność, lęk. Ponadto ból wywołuje reakcje układu autonomicznego jak: przyspieszenie akcji serca, podwyższenie ciśnienia oraz układu somatycznego: nadmierna pobudliwość lub wręcz odwrotnie wycofanie i unieruchomienie (Adamczak-Ratajczak 2021: 143). Ból może wpływać intensyfikując na inne również niezależne problemy zdrowotne.

Metody diagnozowania dolegliwości bólowych u osób starszych

Problemem diagnostycznym i kontrolnym w leczeniu bólu u osób starszych jest wielolekowość, polipragmazja oraz niezgodne z zaleceniami przyjmowanie leków oraz ich skutki uboczne (Beissner 2012). Dodatkowym czynnikiem utrudniającym postępowanie terapeutyczne jest zbyt rzadkie zgłaszanie i leczenie bólu, współchorobowość, a więc nakładanie się wielu problemów zdrowotnych natury fizycznej i psychicznej, niekiedy zaburzenia funkcji poznawczych. Najistotniejszym aspektem łączonym z doznawaniem przykrego odczucia bólu u osób starszych jest jego wpływ na czynności funkcjonalne takie jak chód, radzenie sobie z czynnościami dnia codziennego, udział w życiu społecznym – pełnienie określonych ról społecznych i rodzinnych.

Najważniejszym elementem w diagnostyce dolegliwości bólowych jest historia choroby, dokładny wywiad z uwzględnieniem społecznych, socjalnych i psychologicznych czynników takich jak: obecny status zawodowy, uczestniczenie w życiu społecznym, kontaktach rodzinnych, towarzyskich, subiektywnej oceny pacjenta dotyczącej swojego stanu zdrowia. Wywiad bólowy powinien obejmować oprócz oceny lokalizacji bólu, jego charakteru, czynników intensyfikujących bądź zmniejszających dolegliwości, stosowanych metod leczenia – farmakoterapii, rehabilitacji, psychoterapii, ich skuteczności również ocenę funkcji. Pomocne w tym zakresie są skale oceniające stopień natężenia bólu: numeryczna (NRS), wizualno-analogowa (VAS), graficzna (FPS) (Beissner 2012: 486). Podczas opisu przez seniora jakości bólu powinno zwracać się uwagę na stan psychiczny – np. obniżony nastrój, wycofanie lub depresja, dobór słów np. słowa o zabarwieniu emocjonalnym, mimikę twarzy, pozycję i postawę chorego. Najczęściej na graficznym schemacie ciała chory wskazuje na pierwotne źródło bólu ewentualnie obszar, który ból obejmuje lub promieniuje.

Badanie przedmiotowe a więc ocena stanu zdrowia pacjenta na podstawie obserwacji, oceny manualnej, oceny funkcji krążeniowo-oddechowych, funkcji mięśni, ruchomości stawów, funkcji motorycznych, ciągłości tkanek, integracji sensorycznej, oceny neurologicznej, badań obrazowych, wyników testów czynnościowych, jest kluczowa w diagnostyce i ustalaniu planu leczenia dolegliwości bólowych. Pozwala również na identyfikację problemów związanych z aktywnością fizyczną, wykonywaniem czynności dnia codziennego i ustaleniu kompleksowego postępowania mającego na celu poprawę stanu funkcjonalnego pacjenta.

Mechanizmy wykorzystywane w leczeniu bólu i wybrane metody leczenia nefarmakologicznego

Nocycpcja a więc przekształcenie energii działającego bodźca na impuls przewodzony przez włókna czuciowe i podlegający interpretacji jako ból jest kilkuetapowy. Transdukcja to zmiana informacji w postaci działającego bodźca – np. mechanicznego, termicznego, chemicznego na impuls elektryczny, transmisja – przewodzenie impulsu do rogów tylnych rdzenia kręgowego, dalej do ośrodkowego układu nerwowego, modulacja a więc mechanizmy wzmacniania lub hamowania bodźców i ostatni proces percepcji a więc uświadomienia sobie istnienia bólu jego ocena i reakcja zarówno afektywna jak i emocjonalna (Schwan 2019; Konturek 2021).

Pierwszym mechanizmem fizjologicznym wykorzystywanym w łagodzeniu i leczeniu dolegliwości bólowych jest kontrolowany przepust rdzeniowy – teoria bramki kontrolnej Melzacka i Walla. Polega to wyzwoleniu pobudzenia zakończeń nerwów czuciowych i przez to zahamowaniu przewodzenia bodźców bólowych. Dzieje się tak poprzez aktywację neuronów wstawkowych modulujących w rogach tylnych rdzenia kręgowego i zamknięcie bramki dla wyzwalanej przez bodziec bólowy impulsacji (Konturek 2021).

Drugim jest mechanizm ośrodkowy, aktywujący zstępujący układ antynocycptywny. Biorą w nim udział endogenne opioidy oraz neuroprzekazniki takie jak: noradrenalina, serotonina, GABA. Informacja bólowa przekazana do OUN pozostaje więc pod kontrolą tych szlaków, które hamują aktywność neuronów w rogach tylnych rdzenia kręgowego odpowiedzialnych za projekcję bólu (Konturek 2021).

Interwencje niechirurgiczne i nefarmakologiczne w leczeniu bólu

Zabiegi fizykalne takie jak ciepłolecznictwo czy zimnolecznictwo znajdują zastosowanie przede wszystkich w samodzielnej kontroli uporczywego bólu cierpiącego (Beissner 2012: 493). Do tego procesu istotny jest instruktaż oraz kontrola przez personel medyczny w celu bezpiecznego stosowania tego typu działania przeciwbólowego w warunkach domowych (Beissner 2012: 493). Elektrostymulacja typu TENS (przezskórna stymulacja prądem wysokiej częstotliwości) znajduje zastosowanie wykorzystując mechanizmy przeciwbólowe obwodowe i centralne. Doniesienia o skuteczności tego typu postępowania obejmują działania przed i pooperacyjne (Breit 2004; Emmiler 2008).

Terapia manualna zwłaszcza w dolegliwościach bólowych towarzyszących określonym jednostkom chorobowym takim jak zmiany choroba zwyrodnienio-

wa stawów również znajduje zastosowanie. Skuteczne postępowanie w dolegliwościach bólowych osób starszych terapii manualnej wraz komplementarnym programem kinezyterapii znajduje odzwierciedlenie w poprawie jakości życia pacjentów (Ozlem Ulger 2017).

Kinezyterapia pozwala przerwać błędne koło zaburzeń funkcjonalnych redukując ból pośrednio poprzez poprawę odżywienia tkanek, zaopatrzenia wszystkich części ciała w tlen. Wpływa na poprawę siły, wytrzymałości, gibkości i elastyczności tkanek co ma korzystne znaczenie dla poprawy funkcji takich jak chód, samoobsługa. Na szczególną uwagę zasługują specjalne metody neurofizjologiczne, takie jak prioprioceptywne torowanie mięśniowo-nerwowe (PNF), poprzez taką reedukację nerwowo-mięśniową można wypracowywać nowe strategie ruchu, prowadząc do reorganizacji nawyku ruchowego będącego następstwem nakładania się procesu kompensacji, następnie dekompensacji w odpowiedzi na ból. Ponad to pobudzanie mechanoreceptorów na poziomie strukturalnym redukuje działanie współczulnego układu nerwowego poprzez to również doznania bólowe (Adler 2014)

Zabiegi fizykalne traktowane jako pasywna droga leczenia bólu w modelu postępowania kompleksowego połączone są z odpowiednim programem ćwiczeń – np. ćwiczenia stabilizujące. Na skuteczność takiego komplementarnego podejścia wskazują doniesienia naukowe (Ho-Jin Shin 2020).

Kognitywno-behawioralne podejście do kontroli dolegliwości bólowych.

Oczywistym jest, że stan emocjonalny w istotny sposób wpływa modyfikująco na poziom i natężenie odczuwania bólu. Osamotnienie, lęk, psychiczne poczucie braku perspektywy na poprawę swojego stanu zdrowia wpływa intensyfikująco na ból. Edukowanie pacjentów (oddychanie przeponowe, techniki relaksacyjne, techniki wizualizacji) – trening progresywnej relaksacji Jacobsona, trening autogenny Schultza mogą pomóc zwłaszcza proces leczenia uporczywego, przewlekłego bólu tam gdzie farmakoterapia ma ograniczone możliwości stosowania.

Zastosowanie muzyki jako doświadczenia emocjonalnego również znajduje zastosowanie w przypadku pojawienia się bólu przewlekłego a także podczas procedur medycznych i interwencji chirurgicznych (Chelkowska-Zacharewicz 2020: 125).

Problematyka bólu na Oddziale Intensywnej Terapii i Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym.

Wszyscy czasem odczuwamy ból, ale każdy ma swój osobisty próg wytrzymałości – to, co dla jednego pacjenta będzie dosyć bolesne, może być znośne dla innej osoby. Ból sam w sobie nie jest chorobą, lecz często wysuwa się na pierwszy plan objawu chorobowego. Bywa, że ból nie mając wyraźnej przyczyny może zdominować życie człowieka, uniemożliwiając mu wykonywanie codziennych czynności.

Dlaczego odczuwamy ból inaczej? Geny, oczekiwania i stan emocjonalny – wszystko to może mieć wpływ na sposób, w jaki mózg interpretuje sygnały bólu pochodzące z naszego organizmu. Ból odgrywa jednak ważną rolę w systemie obrony naszego organizmu i w ten sposób ostrzega nas o urazie i zachęca do ochrony przed dalszymi uszkodzeniami. Mimo tej ochronnej roli ból bywa poważnym utrudnieniem. Może mieć wpływ na codzienne funkcjonowanie, a także na jakość snu. Bez względu na to czy pacjent zмага się z tym trudnym doświadczeniem w warunkach domowych czy też w wyniku urazu bądź choroby jest hospitalizowany czy rehabilitowany w odpowiedniej placówce medycznej, sposób jego odczuwania jest indywidualny. WHO zaproponowało klasyfikację dostępnych metod walki z bólem w formie drabiny analgetycznej. Pierwotnie miała służyć jako skala do leczenia bólu nowotworowego. Drabina analgetyczna to schemat stosowania leków, który został opracowany w roku 1986. W schemacie tym wyróżniono trzy stopnie leczenia bólu w zależności od poziomu intensywności odczuwania bólu. Do każdego ze stopni bólu zostały przypisane odpowiednie leki (Medycyna po Dyplomie, 2011(20); 8(185): 52–61).

Pierwszy stopień drabiny obejmuje leczenie bólu o małym natężeniu. Leczenie polega na stosowaniu nieopiodowych leków. Leki znajdujące się na tym poziomie drabiny analgetycznej skuteczne są między innymi w leczeniu ostrego bólu stawów lub bólu związanego ze stłuczeniem mięśni. Grupą leków używanych na tym poziomie są NLPZ (niesterydowe leki przeciwzapalne) oraz paracetamol i metamizol. Mechanizmem działania tych leków jest hamowanie syntezy prostoglandyn, powodujących występowanie bólu.

Drugi stopień obejmuje leczenie bólu o nasileniu w skali numerycznej od 4 do 6 punktów, który nie jest skutecznie opanowany przez NLPZ. Leki używane na tym poziomie to słabe opiodowe środki przeciwbólowe takie jak: kodeina czy tramadol. Na tym poziomie lekarz może włączyć także niesterydowe leki przeciwzapalne.

Trzeci stopień drabiny określa ostry ból o największym nasileniu powyżej 6 w skali numerycznej. Na tym szczeblu drabiny analgetycznej stosuje się silne opiody. Do grupy środków silnie działających należą: morfina, fentanyl, oksyko-

don i buprenorfina. Środki te można łączyć z lekami z poziomu pierwszego. Używanie tych leków jest uzasadnione przy bólu o silnym natężeniu. Należy zwrócić uwagę, że występuje synergizm (wzmocnienie działania przeciwbólowego) między poszczególnymi grupami leków przeciwbólowych co daje dobre efekty.

Każdego roku niemal 5 milionów pacjentów jest przyjmowanych na oddział intensywnej terapii i szacuje się, że aż 71% z tych pacjentów pamięta o doświadczaniu bólu w czasie hospitalizacji. Zarządzanie bólem w szpitalu jest nie tylko prawem każdego pacjenta, ale również wyzwaniem organizacyjnym dla każdej placówki medycznej. Z perspektywy czasu widać wyraźną poprawę działań na rzecz bólu i pacjentów odczuwających ból. Pomimo wysiłków podejmowanych na oddziałach, takich jak np. intensywna terapia (OIT), która charakteryzuje się bardzo dużą liczbą procedur medycznych, ból jest nadal poważnym problemem (Stites 2013).

Pobyt na Oddziale Intensywnej Terapii stanowi trudny i stresujący czas dla pacjenta, jego rodziny i bliskich. Przyjęcie na OIT oznacza, że pacjent wymaga intensywnego monitorowania, leczenia i opieki. Dużą grupę stanowią pacjenci przebywający w śpiączce. Śpiączka jest pojęciem, które kojarzy się nam negatywnie, jednak w przypadku śpiączki farmakologicznej jest rodzaj terapii w ciężkich urazach i chorobach. Śpiączka farmakologiczna jest śpiączką kontrolowaną. Przy pomocy środków farmakologicznych chory jest wprowadzany w stan uśpienia celem większej efektywności leczenia. Pacjent w takim w takim stanie nie jest zdolny do samooceny. Nieprzytomny nie zakomunikuje personelowi medycznemu o jego dyskomforcie, cierpieniu i niepokoju. W tym celu międzynarodowe wytyczne zalecają stosowanie skal behawioralnych takich jak skala CPOT (Critical Pain Observation Tool) czy BPS (Behavioral Scale Pain). Odpowiednia ocena bólu pozwala na lepsze dostosowanie leczenia, skrócenie czasu wentylacji mechanicznej oraz hospitalizacji (Gélinas 2014).

Skala BPS składa się z trzech domen: wyrazu twarzy, ruchu kończyny górnej i synchronizacji pacjenta z respiratorem. Każdy wskaźnik jest oceniany od 1 do 4, przy czym punktacja skali mieści się w przedziale od 3 do 12. Wynik 5 punktów lub więcej oznacza obecność bólu, a wynik powyżej 7 świadczy o silnym bólu (Barr 2013).

Skala BPS adaptowana była w Polsce po uzyskaniu zgody autorów wersji oryginalnej i uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie nr 13/2011. Przygotowując polską wersję skali BPS przestrzegano zasad obowiązujących przy adaptacji narzędzi badawczych obcych kulturowo/językowo. Natomiast skala CPOT uwzględnia cztery kategorie behawioralne: wyraz twarzy, ruchy ciała, napięcie mięśniowe, współpraca pacjenta z respiratorem (pacjenci zaintubowani) lub wokalizacja (pacjenci ekstubowani). Każdy element jest oceniany od 0 do 2. Łączny możliwy wynik

mieści się w przedziale od 0 do 8. Wynik 3 lub więcej oznacza dolegliwości bólowe. W międzynarodowych badaniach naukowych oba przytaczane narzędzia wykazały się dużą trafnością i wiarygodnością pomiarów. Mimo to międzynarodowe wytyczne zalecają, aby każda ze skal była walidowana przed wprowadzeniem, ponieważ jest to jedyny możliwy sposób wczesnej identyfikacji doznań bólowych (Barr 2013).

Dla osoby wentylowanej, ale przytomnej, pobyt na OIT wiąże się z szokiem psychicznym. W przypadku pacjentów przytomnych przebywanie na OIT wiąże się z nieustannym stresem. To przede wszystkim obawa o własne zdrowie, lęk przed licznymi procedurami medycznymi, ryzyko śmierci oraz ciągły hałas i włączone nieustannie światła, uniemożliwiającego zachowanie rytmu dobowego. Kontakty z bliskimi są znacznie ograniczone, zaś rehabilitacja ograniczona jest do łóżka chorego. Krytycznie chorzy pacjenci często doświadczają silnego bólu wynikającego z uszkodzenia tkanek i narządów, a zabiegi wykonywane przy pacjencie mogą dodatkowo wiązać się z różnego stopnia dyskomfortem. Personel medyczny stale dba o właściwą kontrolę bólu u pacjenta, w razie potrzeby stosuje odpowiednie leki, które przynoszą ulgę i zapewniają komfort. Leki podawane w celu zmniejszenia bólu i zapewnienia odpowiedniego komfortu pacjentowi mogą powodować jednak, że będzie on zachowywać się inaczej niż zwykle. Pacjenci przebywający na OIT często znajdują się w śpiączce i mogą odbierać wszelkie bodźce zewnętrzne takie jak dotyk, dźwięk czy zapach. Osoby przytomne w przebiegu swojej choroby mogą stać się nadmiernie pobudzone w związku odczuwanym bólem. W celu właściwej oceny natężenia bólu stosuje się skalę VAS (z ang. Visual Analogue Scale), NRS (Numerical Rating Scale) lub VRS (Verbal Rating Scale). VAS czyli wizualna skala analogowa występuje w postaci liniiki ze specjalnym oznaczeniem (Kocot-Kępska 2014).

Ma 10 stopni od zera, które oznacza całkowity brak bólu do poziomu 10, który oznacza ból nie do zniesienia (jest najsilniejszy ból jaki pacjent może sobie wyobrazić. Czasem oprócz oznaczenia słownego i cyfrowego dodany jest kolor: zielony przy zero, przechodzący w żółty przy stopniu piątym, przez pomarańczowy aż do czerwonego przy liczbie 10, czyli najmocniejszym bólu. Skala może być też ilustrowana grafikami w postaci rysunków twarzy (od uśmiechniętej do smutnej i cierpiącej). Oznaczenia te mają ułatwić pacjentowi wskazanie odpowiedniego stopnia bólu, który jest najbardziej tożsamy z jego odczuciami. Inną skalą, służącą do oceny natężenia bólu jest skala NRS, czyli skala numeryczna. Jest to skala łatwa do zastosowania w przypadku osób starszych. Cechuje ją dużą wiarygodnością i czułością. Stopnie od 0 do 10 pozwalają jasno określić natężenie bólowe. Skala VRS to skala porządkowa, zawierająca kolejno ustawione cyfry z przypisanymi do nich określeniami stopnia natężenia bólu. Pacjent dokonuje opisowej oceny. Jest

to najczęściej skala pięciostopniowa, gdzie 0 oznacza brak bólu a 4 ból bardzo mocny.

Priorytetem na oddziale OIT jest zapewnienie najlepszej możliwej opieki na każdym etapie pobytu, łagodzenie negatywnych objawów oraz zapewnienie komfortu wynikające z stresu i silnego bólu.

Miejscem, na które należy zwrócić uwagę pisząc o bólu, to także Zakład Opiekuńczo-Leczniczy (ZOL).

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy to placówka, która zapewnia opiekę i pielęgnację pacjentów, którzy nie wymagają hospitalizacji, ale nie są samodzielni z uwagi na ich stan zdrowia. Pacjenci objęci są całodobową opieką medyczną. W głównej mierze do tego typu zakładów trafiają pacjenci:

- przewlekłe choroby,
- z niepełnosprawnością,
- po ciężkiej chorobie,
- po zabiegu operacyjnym.

ZOL nie jest miejscem pobytu pacjentów, u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, psychiczna albo uzależnienie. Do zakładu może dostać się pacjent, który otrzymał 40 punktów lub mniej w skali poziomu samodzielności (skala Barthel).

Skala Barthel ocenia m.in. czynności życia codziennego:

- spożywanie posiłków,
- poruszanie się, siadanie,
- ubieranie się i rozbieranie,
- utrzymanie higieny osobistej,
- korzystanie z toalety,
- kontrolowanie czynności fizjologicznych,

W zakładach opiekuńczo-leczniczych pacjenci mogą liczyć m.in. na fizjoterapię, konsultacje lekarskie, świadczenia pielęgniarские czy dietetyczne. Jak wynika z przepisów, wśród podstawowych świadczeń w ZOL możemy wymienić m.in.:

- świadczenia lekarskie,
- świadczenia pielęgniarские,
- rehabilitację (zgodną z zaleceniami lekarskimi),
- leczenie farmakologiczne,
- leczenie dietetyczne,
- zapewnienie niezbędnych konsultacji specjalistycznych,
- zapewnienie zleconych badań,
- terapię zajęciową

W ZOL specjalistyczną opieką objęci są w zdecydowanej większości pacjenci ze znacznym stopniem niepełnosprawności, którzy często nie są w stanie samodzielnie funkcjonować. Ciężka przewlekła choroba, zabieg operacyjny czy niedowład ruchowy częściowy lub całkowity po przebytym udarze powodują, że są

to głównie pacjenci „leżący”. Zaburzenia ukrwienia, spowodowane długotrwałym lub powtarzającym się uciskiem wywieranym na ciało chorego prowadzą do odleżyn i odparzeń.

Odleżyny i odparzenia są częstym problemem zdrowotnym jaki występuje u pacjenta. Trudno gojące się rany powodują ból, czasem trudny do opanowania. W celu jego uśmierzania i poprawy komfortu życia pacjenta prowadzona jest intensywną profilaktyka przeciwoodleżynowa, z wykorzystaniem przeciwbólowych środków farmakologicznych.. Leczenie ran powstałych w wyniku długotrwałego leżenia jest procesem skomplikowanym i długofalowym. Bardzo często wymaga wykorzystania specjalistycznych opatrunków medycznych.

Kolejnym problemem, z którym zmagają się personel medyczny są przykurcze mięśni. Długotrwałe unieruchomienie oraz brak ruchu powoduje przykurcz mięśni i w ten sposób mniejszą ich ruchomość. Wszystko to daje odczucia dyskomfortu i bólu. U osób leżących występują zaburzenia snu, mające związek ze stresem związanym m.in. z długotrwałym przebywaniem w łóżku, brakiem aktywności czy postępującym procesem chorobowym. To negatywnie wpływa na kondycję psychiczną osoby unieruchomionej i pogarsza i stan zdrowia. Po nieprzespanej nocy zwiększa się wrażliwość na ból, a jednocześnie zmniejsza się aktywność tych obszarów mózgu, które biorą udział w łagodzeniu doznań bólowych.

Jednym z problemów pielęgnacyjnych osób leżących w ZOL-u jest nietrzymanie moczu. Długotrwały kontakt skóry z moczem może skutkować rozwojem bakterii i grzybów, a w efekcie infekcją dróg moczowych czy chorób skóry, co sprzyja pojawianiu się odparzeń czy nawet odleżyn. Natomiast w przypadku nie możliwości oddania moczu pacjent musi zostać zacewnikowany. Samo założenie cewnika może powodować dyskomfort i ból. Częstym powikłaniem po cewnikowaniu jest zakażenie cewki moczowej i pęcherza.

Pacjenci po przebyciu ciężkich chorób zmagają się z zaburzeniami odżywiania spowodowanymi obniżeniem łaknienia, spowolnieniem perystaltyki jelitowej czy zmniejszeniem się liczby kubków smakowych., Częste zakrztuszenia i zachłyśnięcia oraz ból przy połykaniu mogą powodować nie możliwość karmienia pacjenta drogą doustną. Żywienie dojelitowe pozwala dostarczać składniki odżywcze do wycieńczonego chorobą organizmu. Nie nadwyreża przy tym przełyku i górnej części przewodu pokarmowego. Najczęściej stosuje się przezskórną endoskopową gastrostomię (PEG) lub przezskórną endoskopową jej unostomię (PEJ). PEG polega na wprowadzeniu przetoki przez powłoki brzuszne bezpośrednio do żołądka. PEJ z kolei umożliwia podawanie preparatów odżywczych prosto do jelita cienkiego. Zabiegi te są inwazyjne dla pacjenta, wykonanie odbywa się w znieczuleniu miejscowym lub dożylnym. Po wykonaniu zabiegu może dojść do powikłań w postaci bólu, krwawienia, zaczerwienienia, obrzęku a nawet wypadnięcia stomii.

Obiegowa opinia, że do bólu można się przyzwyczaić, nie jest prawdziwa, ponieważ nie ma możliwości, aby receptory bólowe mogły zubożeć na działanie czynnika, który wywołuje przykre doznania. Można jednak odczuwać zmiany charakteru bólu i jego natężenia i doświadczać ulgi, kiedy ból staje się słabszy lub mniej przykry. Zrozumienie mechanizmów działania bólu może pomóc współczesnej medycynie znaleźć skuteczniejsze możliwości postępowania i niesienia ulgi pacjentom. Niestety, konkretne, wypracowane już sposoby radzenia sobie z bólem nie zawsze sprawdzają się jednakowo u każdego pacjenta.

Podsumowanie

Ból jest zjawiskiem powszechnym, a w diagnostyce wielu chorób stanowi istotny czynnik ostrzegawczy i rokowniczy. Przewlekły ból jednak, z którym zmagają się osoby w podeszłym wieku jest problemem terapeutycznym i wydłuża proces leczenia. Ważne zatem wydają się podejście wielopoziomowe i interdyscyplinarne. Należy dołożyć wszelkich starań, aby oprócz farmakoterapii wdrażać inne pomocnicze i uzupełniające działania jak fizjoterapia, psychoterapia. Takie podejście potrzebne jest również na oddziałach leczenia stacjonarnego, w których w większości pacjentami są osoby starsze. Edukacja pacjentów w zakresie radzenia sobie z bólem przewlekłym w codziennym funkcjonowaniu wydaje się być elementem profilaktyki, na który należy zwrócić szczególną uwagę. Ważne również jest otoczenie starszych osób opieką, troską i zainteresowaniem, co w dużym stopniu mogłoby wpłynąć na obniżenie negatywnych skutków odczuwanych dolegliwości bólowych. Zainteresowanie tymi zagadnieniami powinno być szczególnie duże w kontekście starzejącego się społeczeństwa i problemów społecznych związanych z tym zjawiskiem.

Bibliografia

- Adamczak-Ratajczak A., Grochowalska A., Sosnowski P., Krauss H. (2021), *Wyższe funkcje układu nerwowego* [w:] H. Krauss, M. Gibas-Dorna (red.), *Fizjologia człowieka. Podstawy*, PZWL, Warszawa.
- Adler S., Beckers D., Buck M. (2014), *PNF w Praktyce. Ilustrowany przewodnik*, wyd. 4, DB Publishing.
- Barr J. (2013), *Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit*, *Crit Care Med*, 41(1): 263–306.
- Beissner K. (2012), *Niechirurgiczne metody kontroli bólu u osób starszych* [w:] M. Żak, Z. Śliwiński (red.), Cuccione A.A., Wong R A., Avers. *Fizjoterapia kliniczna w geriatrici*, Wydawnictwo Elsevier. Wrocław.
- Borsheski R. (2014), *Pain Management in the Geriatric Population*, *Missouri Medicine*, 111: 6.

- Breit R., Van der Wall H. (2004), *Transcutaneous electrical nerve stimulation for postoperative pain relief after total knee arthroplasty*, *Arthroplasty* 19(1): 45–8.
- Chełkiewicz-Zacharewicz M., Kaleńska-Rodzaj J (red.) (2020), *Psychologia muzyki*, PWN, Warszawa 2020.
- Derry S., Moore R.A., Gaskell H., McIntyre M., Wiffen P.J. (2015), *Topical NSAIDs for acute musculoskeletal pain in adults*, Jun 11; (6): CD007402; doi: 10.1002/14651858.CD007402.pub.
- Drwal R. (1990), *Problemy kulturowej adaptacji kwestionariuszy osobowości [w:] A. Ciechanowicz (red.), Kulturowa adaptacja testów*, Polskie Towarzystwo Psychologiczne – Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego – Laboratorium Technik Diagnostycznych im. Bohdana Zawadzkiego, Warszawa.
- Emmiller M., Solak O., Kocogullari C., et.al (2008), *Control of acute postoperative pain by transcutaneous electrical nerve stimulation after open cardiac operations: a randomized placebo-controlled prospective study*, *Heart Surg Forum* 11: E300–E303.
- Gélinas C., Ross M., Boitor M., Desjardins S., Vaillant F., Michaud C. (2014), *Nurses' evaluations of the CPOT use at 12-month post-implementation in the intensive care unit*, *Nurs Crit Care*, 19(6): 272–80.
- Ho-Jin Shin, Sung-Hyeon Kim, Suk-Chan Hahm, Hwi-Young Cho (2020), *Thermotherapy Plus Neck Stabilization Exercise for Chronic Nonspecific Neck Pain in Elderly: A Single-Blinded Randomized Controlled Trial*, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 5572.
- Kocot-Kępska M. (2014), *Skale oceny bólu*, *Medycyna Praktyczna*.
- Konturek S. (2021), *Fizjologia człowieka*, T. Brzozowski (red.), Wydawnictwo Elsevier Urban&Partner, Wrocław.
- Loeser John D., Treede Rolf-Detlef (2008), *The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology*, *Pain* 137(3): 473–477.
- Ozlem Ulger, Aynur Demirel, Müzeyyen Oz, Seval Tamer (2017), *The effect of manual therapy and exercise in patients with chronic low back pain: Double blind randomized controlled trial*, *Back Musculoskelet Rehabil.*, 6, 30(6):1303–1309.
- Schwan J.M.D., Sclafani L., Tawfik V. (2019), *Chronic Pain Management in the Elderly*, *Anesthesiol Clin.*, 37(3): 547–560.
- Stites M. (2013), *Observational Pain Scales in Critically Ill Adults*, *Crit Care Nurse*, 33(3): 68–77.
- Woroń J., Dobrogowski J., Wordliczek J., Kleja J. (2011), *Leczenie bólu w oparciu o drabinę analgetyczną WHO*, *Medycyna po Dyplomie*, 20, 8(185): 52–61.