

## Edukacja na temat bólu przewlekłego u pacjentów w starszym wieku – niedoceniany czynnik

### *Chronic pain education of elderly patients – still underestimated factor*

Anna Paprocka-Lipińska<sup>1,3</sup>, Beata Kosiba<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Etyki Medycznej

<sup>2</sup> Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olszynie, Instytut Nauk Politycznych,

<sup>3</sup> Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Sekcja historyczna

### Streszczenie

W latach 70-tych ubiegłego wieku, dzięki wysiłkom podejmowanym przez naukowców i klinicystów skupionych w Międzynarodowym Towarzystwie Badania Bólu (*International Association for the Study of Pain*, IASP) wprowadzono koncepcję multidyscyplinarnego postępowania w bólu przewlekłym. Obecnie oprócz znanych i powszechnie stosowanych metod: farmakoterapii, neuromodulacji, metod interwencyjnych i psychoterapii, obiecujące wydaje się wprowadzenie edukacji pacjentów która, jak wykazują badania, może korzystnie wpływać na zmniejszenie natężenia odczuwanego przez pacjentów bólu i poprawę funkcjonowania. Uzupełnienie standardowego leczenia o seanse edukacyjne umożliwiające pacjentom zrozumienie zjawiska bólu przewlekłego oraz związane z tym czynniki emocjonalne, psychologiczne i społeczne wydaje się być szczególnie korzystne u osób starszych. *Geriatrics* 2022;16:236-239. doi: 10.53139/G.20221632

*Słowa kluczowe: ból przewlekły, edukacja, pacjenci w starszym wieku*

### Abstract

In the 1970s, thanks to the efforts of scientists and clinicians gathered in the International Association for the Study of Pain (IASP), the concept of multidisciplinary management of chronic pain was introduced. Currently, in addition to the well-known and commonly used methods: pharmacotherapy, neuromodulation, interventional methods and psychotherapy, it seems promising to introduce patient education, which, as research shows, may have a beneficial effect on reducing the intensity of pain and improving functioning. Complementing the standard treatment with educational sessions enabling patients to understand the phenomenon of chronic pain and the related emotional, psychological and social factors seems to be particularly beneficial in the elderly. *Geriatrics* 2022;16:236-239. doi: 10.53139/G.20221632

*Keywords: chronic pain, education, elderly patients*

### Wstęp

Ból jest objawem powszechnym i głównym powodem, dla którego pacjenci poszukują pomocy u lekarza [1]. Chociaż ból towarzyszył ludzkości od zarania dziejów, dopiero w latach 70-tych ubiegłego wieku rozrózniono zjawisko bólu ostrego, mającego charakter objawów i ból przewlekły, który może stanowić chorobę samą w sobie. W 1973 roku powstało towarzystwo naukowe zajmujące się problematyką bólu w klinicznym i naukowym ujęciu – *International Association for the Study of Pain* (IASP). Wypracowano

koncepcję wykorzystania interdyscyplinarnego podejścia do leczenia bólu przewlekłego: farmakoterapii, neuromodulacji, technik interwencyjnych oraz psychoterapii. Zaczęły powstawać poradnie leczenia bólu oraz wyłoniła się grupa specjalistów, głównie anesteziologów i neurologów, zajmujących się leczeniem bólu przewlekłego. W pierwszej kolejności skupiono międzynarodowe wysiłki na opracowaniu strategii leczenia bólu nowotworowego, zwracając uwagę na to, że pacjent z chorobą nowotworową wymaga szczególnego wsparcia ze strony świata medycznego. W 1986

roku została opublikowana broszura zatytułowana *Cancer Pain Relief*, zawierająca sformułowany przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opis tzw. drabiny analgetycznej [2]. Po wielu latach stosowania drabiny analgetycznej, zawierającej głównie zalecenia dotyczące farmakoterapii, zwrócono uwagę na dodatkowy czynnik mogący odgrywać korzystną rolę w leczeniu bólu nowotworowego – edukację pacjentów dotyczącą natury bólu oraz sposobów radzenia sobie z dolegliwościami [3]. Badania w tym zakresie są nadal prowadzone, chociaż trudno o interpretację i porównywanie wyników ze względu na stosowaną przez poszczególne ośrodki, różną metodologię [4].

### **Ból przewlekły u osób starszych**

Zjawisko bólu może wystąpić w każdym okresie życia człowieka, jednak szczególne wyzwanie dla zespołu terapeutycznego stanowi nadal ból przewlekły u osób starszych, czyli osób po 60 roku życia. Odsetek osób w wieku emerytalnym we współczesnej strukturze demograficznej społeczeństw wciąż wzrasta i ma charakter globalny. Stanowi to poważne wyzwanie dla sektora opieki zdrowotnej, w związku z tym, że jak wykazują badania, przewlekłego bólu doświadcza co najmniej 45 % osób starszych na całym świecie [5]. Najczęściej dolegliwości bólowe dotyczą narządu ruchu. Bóle pleców (ang. *low back pain*) oraz bóle nóg: kolan, bioder i innych stawów stanowią zdecydowanie najczęściej podawane przez osoby starsze dolegliwości bólowe [6]. Ból w znacznym stopniu upośledza sprawność ruchową i sprawność samoobsługową u osób starszych [7]. Ponadto ból przewlekły wiąże się z niższą jakością życia, pogorszeniem stanu zdrowia psychicznego, wyrażającym się w depresji i lęku, a całość czynników nakłada się na współlistniejące inne choroby przewlekłe, zwiększając częstość hospitalizacji [8]. Po hospitalizacjach znaczna część osób starszych wraca do domu z dodatkowo pogłębioną niepełnosprawnością spowodowaną zarówno chorobą, jak i niekorzystnymi skutkami terapii. Brak powrotu do sprawności po chorobie stanowi czynnik pogłębiający się w czasie, dodatkowo może nastąpić utrata masy ciała, spowolnienie, ogólne osłabienie, spadek aktywności dnia codziennego i coraz większa zależność od osób trzecich, co składa się na zespół kruchości (ang. *frailty syndrome*) [8].

### **Wyzwania dla farmakoterapii bólu przewlekłego u osób starszych**

Zasadniczym sposobem leczenia bólu przewlekłego jest farmakoterapia, która u osób starszych wiąże się z wyzwaniem w postaci dodawania kolejnego leku do już przyjmowanego zestawu, którym leczone są inne choroby, zwiększając ryzyko niekorzystnych interakcji. Za najbezpieczniejszy lek, rekomendowany przez IASP, a także przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu (PTBB) w leczeniu dolegliwości bólowych u osób starszych jest paracetamol. Ze względu jednak na szereg fizjologicznych zmian inwolucyjnych spowodowanych przez naturalny proces starzenia się, mogą wystąpić objawy toksyczności paracetamolu nawet przy stosowaniu dawek prawidłowych. Jako terapię drugiego rzutu rekomenduje się krótkotrwałe podawanie niesterydowych środków przeciwzapalnych (NSAIDs), koniecznie w połączeniu z jednoczesnym stosowaniem inhibitorów pompy protonowej [10]. Należy zachować optymalny balans pomiędzy ryzykiem farmakoterapii i nakreślonymi realnymi celami. Konieczne jest rutynowe monitorowanie stanu pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem efektów ubocznych ze strony przewodu pokarmowego, układu sercowo-naczyniowego i układu wydalniczego [11]. W przypadkach dolegliwości bólowych o średnim i znacznym natężeniu powodujących obniżenie jakości życia i zaburzenia w funkcjonowaniu, należy rozważyć zastosowanie opioidów.

### **Edukacja pacjentów z bólem przewlekłym**

W latach 90-tych zwrócono uwagę na wpływ doświadczeń poznawczych i emocjonalnych na percepcję bólu. Pojawiały się pierwsze prace badawcze wykazujące korzystne skutki edukacji pacjentów z przewlekłym bólem nowotworowym w zakresie rozumienia zjawiska bólu oraz strategii radzenia sobie z bólem przewlekłym [12]. W ostatniej dekadzie zwrócono uwagę na rolę edukacji pacjentów z innymi niż nowotworowe rodzajami bólu [13]. Jedną z koncepcji edukacji w bólu przewlekłym w chorobie zwyrodnieniowej jest edukacja w zakresie neurobiologii bólu (ang. *Pain Neuroscience Education* – PNE), opierająca się na interwencjach poznawczo-behawioralnych, które mają na celu zmianę postrzegania bólu i niekorzystnych przekonań [13]. PNE koncentruje się na wyjaśnieniu pacjentowi nie tylko zjawiska powstawania bólu – czy jest to ból nocycyptywny, neoutopatyczny czy

neuroplastyczny, ale także uświadomienie istnienia złożonych czynników psychospołecznych związanych z bólem, takich jak kinezofoobia lub katastrofizacja, które przyczyniają się do utrwalania się dolegliwości bólowych [13]. Pomimo udowodnionej skuteczności PNE w zmniejszeniu odczuwania bólu, a w konsekwencji zmniejszeniu stopnia niepełnosprawności i lęku przed ruchem, badania nad zastosowaniem PNE u osób starszych pojawiły się stosunkowo niedawno. W 2022 roku opublikowano dwie prace hiszpańskich autorów. Vicente-Mampel i współ. przedstawili podsumowanie stosowania przez 6 miesięcy programu edukacyjnego PNE u osób starszych z wielochorobowością i bólem przewlekłym. W programie PNE wykorzystywano omówienia, prezentacje multimedialne i broszury, oparte na treści podręcznika zatytułowanego *Explaining Pain* opublikowanego w Australii w 2010 roku [14]. Przekazywano pacjentom informacje przybliżające nie tylko patofizjologię bólu, ale także omawiano czynniki emocjonalne, społeczne i psychologiczne, takie jak kinezofoobia – strach przed ruchem czy katastrofizm, polegający na obsesyjnym rozmyślaniu o bólu, wyolbrzymianiu objawów i w efekcie – poczuciu bezradności. W badaniu wykazano istotną statystycznie różnicę w zmniejszeniu natężenia bólu ocenianego przy użyciu wizualnej skali analogowej (VAS) w grupie pacjentów u których zastosowano program PNE w postaci 6 sesji trwających 50 minut z częstotliwością jeden raz w tygodniu w porównaniu z grupą kontrolną.

Drugą publikacją był przegląd systematyczny literatury dotyczącej efektów edukacji pacjentów w starszym wieku z bólem spowodowanym chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych i kolanowych. Sinatti i współ. wykazali, że edukacja odgrywa korzystną rolę w zmniejszeniu odczuwania natężenia bólu oraz korzystnie wpływa na poprawę funkcji u tych pacjentów z bólem przewlekłym spowodowanym chorobą zwyrodnieniową stawów [15]. Bardzo trudne wydaje się wytłumaczenie podstaw naukowych obserwowanego zjawiska, jednak należy zachęcać do

łączenia leczenia zachowawczego z edukacją, biorąc pod uwagę klinicznie istotną poprawę obserwowaną u pacjentów w porównaniu z samym leczeniem zachowawczym.

## Podsumowanie

Z badań wynika, że poprzez edukację można modyfikować utrwalone złe nawyki związane postrzeganiem zjawiska bólu przewlekłego u osób starszych oraz osiągnąć zmniejszenie natężenia odczuwanego przez pacjentów bólu. Edukacja może mieć wpływ na zmianę przekonań, oczekiwań i indywidualnych, nieprzystosowawczych zachowań wobec bólu, jak np. stres czy negatywne emocje. Skuteczny wydaje się każdy rodzaj edukacji chociaż, biorąc pod uwagę wyniki wcześniejszych badań przeprowadzonych wśród pacjentów z bólem nowotworowym, należy zwracać uwagę na indywidualne preferencje pacjentów [16]. Łączenie leczenia wielodyscyplinarnego z edukacją, biorąc pod uwagę istotną statystycznie poprawę osiągniętych efektów w porównaniu z samym leczeniem bez edukacji wydaje się być ważnym praktycznym wnioskiem wynikającym z badań przeprowadzonych wśród osób starszych z bólem przewlekłym. Brakuje polskich badań naukowych w tym obszarze. Należałoby się również zastanowić, kto i kiedy powinien taką edukację przeprowadzać, aby stała się ona standardowym uzupełnieniem wielodyscyplinarnej terapii stosowanej dotychczas u pacjentów z bólem przewlekłym.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Anna Paprocka-Lipińska

Zakład Etyki Medycznej

Gdański Uniwersytet Medyczny

ul. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk

☎ (+48 58) 349 14 86

✉ [anna.paprocka-lipinska@gumed.edu.pl](mailto:anna.paprocka-lipinska@gumed.edu.pl)

## Piśmiennictwo/References

1. Bonica JJ: The Management of Pain 1953. Philadelphia: Lea & Febiger. s. 6
2. Ventafridda V, Saita L, Ripamonti C, De Conno F: WHO guidelines for the use of analgesics in cancer pain. *Int J Tissue React.* 1986;7(1):93-6.
3. Miaskowski Ch: Patient education about cancer pain management: How much is enough? *Pain* 2008; 135: 1-2.

4. Oliver JW., Kravitz RL, Kaplan SH, Meyers FJ: Individualized Patient Education and Coaching to Improve Pain Control Among Cancer Outpatients. *J Clin Oncol* 2001;19(7):2206-12.
5. Larsson C, Hansson EE, Sundquist K, Jakobsson U: Chronic pain in older adults: Prevalence, incidence, and risk factors. *Scand. J. Rheumatol.* 2017;46:317-25.
6. Abdula A, Adams N, Bare M et al.: Guidance on the management of pain in older people. *Age and Ageing* 2013;42:i1-i57. Doi: 10.1093/ageing/afs200.
7. Covinsky KE, Lindquist K, Dunlop DD, Yelin E: Pain, Functional Limitations, and Aging. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(9):1556-61. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02388.x.
8. Clegg A, Young J, Iliffe S et al.: Frailty in elderly people. *Lancet Lond. Engl.* 2013;381:752-62.
9. Schwan, J, Sclafani J, Tawfik VL: Chronic pain management in the elderly. *Anesthesiol. Clin.* 2019;37:547-60.
10. Makris UE, Abrams RC, Gurland B et al.: Management of Persistent Pain in the Older Patients A Clinical Review. *JAMA* 2014;312(8):825-36. Doi: 10.1001/jama.2014.9405.
11. Fine PG: Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Patients. *Clin J Pain* 2004;20(4):220-6.
12. Lovell MR, Luckett T, Boyle FM et al.: Patient Education, Coaching, and Self-Management for Cancer Pain. *J Clin Oncol* 2014;32(16):1712-20.
13. Tegner H, Frederiksen P, Esbensen BA, Juhl C: Neurophysiological Pain Education for Patients with Chronic Low Back Pain: A Systemic Review and Meta-Analysis. *Clin J. Pain* 2018,34:778-86.
14. Vincente-Mampel J, Gargallo P, Bautista IJ et al.: Impact of Pain Neuroscience Education Program in Community Physiotherapy Context on Pain Perception and Psychosocial Variables Associated with It in Elderly Persons: A Randomized Controlled Trial. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022;19:11855. <https://doi.org/10.3390/ijerph191911855>.
15. Sinatti P, Sánchez Romero EA, Martínez-Pozas O, Villafañe JH: Effects of Patient Education on Pain and Function and Its Impact on Conservative Treatment in Elderly Patients with Pain Related to Hip and Knee Osteoarthritis: A Systematic Review. *Int. J Environ. Res. Public Health* 2022;19:6194. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106194>.
16. Prevost V, Delorme C, Heutte N et al.: Evaluation of patients' needs to design and assess a patient education program in cancer pain. *Journal of Pain Research* 2019;12:1813-23.