

Ból przewlekły i jego diagnostyka u osób starszych

Chronic pain and its assessment in older adults

Agata Ważna¹, Małgorzata Dziechciaż¹, Katarzyna Wieczorowska-Tobis²

¹ Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu

² Pracownia Geriatrii, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Streszczenie

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa wzrasta znaczenie problemów zdrowotnych charakterystycznych dla wieku podeszłego, wśród których szczególne miejsce zajmuje ból przewlekły. Dolegliwości bólowe należą do najczęstszych problemów zgłaszanych przez osoby starsze i istotnie wpływają na ich funkcjonowanie fizyczne, psychiczne oraz społeczne. Ból przewlekły prowadzi do ograniczenia mobilności, zwiększa ryzyko upadków, zaburzeń snu, depresji oraz pogorszenia jakości życia. Wobec problemu jakim jest niedodiagnozowanie bólu u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami funkcji poznawczych w pracy przedstawiono skalę mogące mieć zastosowanie w jego diagnostyce. *Geriatrics* 2026;20:167-172. doi: 10.53139/G.20262026

Słowa kluczowe: ból przewlekły, osoby starsze, pielęgniarki, ból totalny, diagnostyka bólu u chorych z zaburzeniami funkcji poznawczych

Abstract

As the population ages, health problems characteristic of older age are becoming increasingly important, with chronic pain representing one of the most significant challenges. Pain is among the most frequently reported complaints in older adults and has a substantial impact on their physical, psychological, and social functioning. Chronic pain leads to reduced mobility, increases the risk of falls, sleep disturbances, depression, and a decline in quality of life. In view of the underdiagnosis of pain among patients with severe cognitive impairment due to limitation in verbal communication, the paper presents assessment tools that may facilitate its identification and evaluation. *Geriatrics* 2026;20:167-172. doi: 10.53139/G.20262026

Keywords: chronic pain, older adults, nurses, total pain, pain assessment in patients with cognitive impairment

Wstęp

Proces starzenia się społeczeństwa w Polsce ma systematyczny charakter. W 2024 roku osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły już 26,6% populacji, co odpowiada niemal 10 milionom osób. Prognozy wskazują, że do 2060 roku odsetek ten może wzrosnąć do około 40%, co znacząco zwiększy skalę problemów zdrowotnych charakterystycznych dla wieku podeszłego [1]. Wśród nich szczególne miejsce zajmują wielkie zespoły geriatryczne.

Wielkie zespoły geriatryczne to przewlekłe wieloprzyczynowe zaburzenia, które pogarszają codzienne funkcjonowanie osób starszych. Charakterystyczną ich cechą są ich wzajemne powiązania, czyli wystąpienie jednego zespołu zwiększa ryzyko pojawienia się kolejnych w stosunkowo krótkim czasie. W konsekwencji

pacjent geriatryczny, u którego rozpoznano jeden zespół, często wkrótce doświadcza również innych zaburzeń, co prowadzi do stopniowego pogorszenia samodzielności oraz obniżenia jakości życia. Dolegliwości związane z występowaniem wielkich zespołów geriatrycznych są najczęściej niezgłaszane przez osoby starsze ze względu na przekonanie, samych pacjentów, ale też ich opiekunów, że wynikają z procesu starzenia, a więc niemożliwe jest ich leczenie.

Jednym z zespołów geriatrycznych jest ból przewlekły. Ból definiuje się jako nieprzyjemne doświadczenie czuciowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek. Ból przewlekły utrzymuje się przez ponad 3 miesiące, czyli dłużej niż czas potrzebny do gojenia tkanek i prowadzi do cierpie-

nia. U osób starszych stanowi on jedno z najczęstszych i jednocześnie najbardziej złożonych wyzwań.

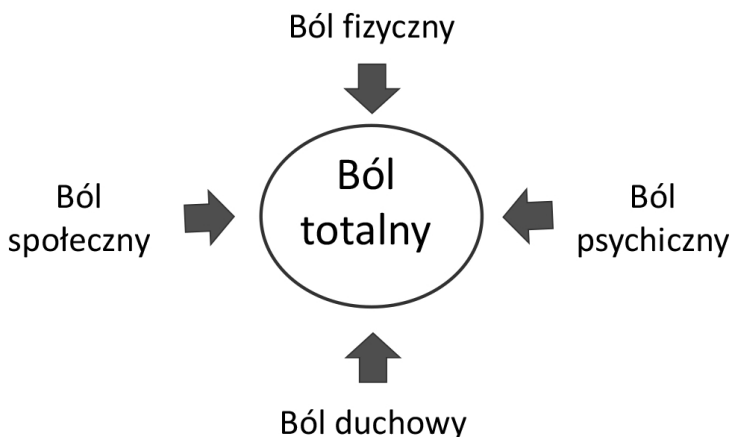
Częstość występowania bólu przewlekłego

W związku z obciążeniami wynikającymi z niewłaściwych zachowań zdrowotnych częstość występowania bólu przewlekłego narasta wraz z upływem czasu, czyli jest coraz większa w kolejnych pokoleniach. W badaniu PolSenior, wykonanym w latach 2008-2011 na reprezentatywnej dla osób starszych grupie osób w wieku 65 lat i więcej w Polsce, wykazano, że przewlekły ból dotyczył 42,0% badanych, podczas gdy w grupie kontrolnej – czyli u osób na tzw. przedpolu starości (wiek 50-55 lat) jego częstość wynosiła 35,2% [2]. Tym bardziej warto jest podkreślenia, że w wykonanym 10 lat później badaniu PolSenior 2 (dane zbierane w latach 2018-2019) pomimo tego, że respondenci byli młodszy – mieli ukończone co najmniej 60 lat – częstość bólu była większa niż w projekcie PolSenior i wynosiła 47,5%. Najczęstszą lokalizacją bólu była okolica krzyżowa, a następnie kończyny dolne, w tym główne były to dolegliwości stawowe, szczególnie częste w zakresie stawów kolanowych. Ponad 70% seniorów (częściej kobiety) zgłaszało ból w więcej niż jednej lokalizacji. Ból przewlekły częściej raportowały osoby z ograniczoną mobilnością, ale też te, które wymagały pomocy w zakresie podstawowych czy złożonych czynności dnia codziennego [3].

Szacuje się, że dolegliwości bólowe dotyczą od 40% do 75% osób starszych mieszkających w środowisku

domowym oraz nawet 90 % pensjonariuszy domów opieki [4]. Rozbieżności w wynikach wynikają z różnic metodologicznych, populacji badanych oraz sposobu definiowania bólu przewlekłego. W grupie powyżej 90 r.ż. prawie ¾ osób doświadcza bólu przewlekłego, najczęściej zlokalizowanego w obrębie kręgosłupa, stawów oraz głowy [5].

W jednym z naszych wcześniejszych badań pokazaliśmy, że ból zgłaszało ponad 80% pielęgniarek, które po osiągnięciu wieku emerytalnego (60 lat) nadal pracowały [6]. Zjawisko to wpisuje się w szerszy problem starzenia się zasobów kadrowych ochrony zdrowia; dane wskazują obecnie, że średni wiek pracującej pielęgniarki wynosi 55 lat [7]. Co ważne czynnikiem związanym z większą częstością występowania oraz większym nasileniem dolegliwości bólowych wśród badanych pielęgniarek było dodatkowe zatrudnienie. Zależność ta może wynikać zarówno z większego obciążenia fizycznego, jak i przewlekłego stresu związanego z obciążeniem pracą, a w konsekwencji może wpływać nie tylko na ograniczenie sprawności badanych, ale też na jakość sprawowanej opieki i bezpieczeństwo pacjentów [6]. Tak częste zgłaszanie bólu nawet przez profesjonalistów w starszym wieku wskazuje, że problem ten powinien znaleźć się w zakresie zainteresowań zdrowia publicznego, ponieważ wpływa nie tylko na funkcjonowanie jednostek, ale też całego społeczeństwa.



Rycina 1. Koncepcja bólu totalnego
Figure 1. The concept of total pain

Konsekwencje bólu przewlekłego

Ból, zwłaszcza ból przewlekły, w populacji osób starszych nie powinien być traktowany wyłącznie jako objaw choroby, lecz jako czynnik inicjujący kaskadę niekorzystnych następstw zdrowotnych i społecznych [8].

Ból pogarsza mobilność i zwiększa ryzyko upadków. Gorsze funkcjonowanie fizyczne może być m.in. mierzone wolniejszym tempem chodu, ale też mniejszą siłą uścisku dłoni [9]. Ból przewlekły pogarsza też funkcjonowanie psychiczne – wiąże się z częstszym występowaniem obniżonego nastroju i lęku [10]. Na wzajemne obustronne powiązania bólu i depresji zwracają uwagę liczne badania, co podkreśla rolę leków przeciwdepresyjnych jako leków adjuwantowych w leczeniu bólu przewlekłego. Istotnym problemem są również zaburzenia poznawcze. Nieleczony ból może wywoływać majaczenie oraz nasilać istniejące deficyty poznawcze, znacznie utrudniające komunikację z pacjentem [11]. Dodatkowo ból przyczynia się do zaburzeń snu oraz izolacji społecznej, co prowadzi do dalszego pogorszenia jakości życia i ogranicza skuteczność usprawniania [4].

Wszystko to razem przekłada się na pogorszenie funkcjonowania codziennego mierzone zwiększonym zapotrzebowaniem na pomoc w zakresie złożonych, ale i podstawowych funkcji życiowych. Jednym z najważniejszych skutków bólu jest bowiem postępująca niepełnosprawność, przejawiająca się ograniczeniem mobilności, trudnościami w wykonywaniu czynności dnia codziennego oraz zwiększonym zapotrzebowaniem na pomoc ze strony opiekunów [12].

W przypadku trudnego do opanowania bólu zwraca się uwagę na pozafizyczne jego komponenty. Ból taki jest określany jako ból totalny lub ból wszechogarniający i odnosi się do cierpienia, które oddziałuje na wszystkie sfery życia [13]. Twórczynią koncepcji bólu totalnego jest Cecily Saunders, twórczyni nowoczesnej medycyny paliatywnej i ruchu hospicyjnego. Odnosiła ona ból totalny do cierpienia chorego u kresu życia. Ból totalny obejmuje nie tylko ból fizyczny, ale także aspekty psychologiczne, społeczne i duchowe (ryc. 1). Koncepcja ta jest dzisiaj rozszerzona na pacjentów z bólem przewlekłym trudnym do opanowania nie tylko u kresu życia.

Aspekt psychiczny bólu odnosi się do lęku i obawy przed cierpieniem, które są czynnikami ryzyka depresji. Emocje związane z bólem, w tym przede wszystkim lęk, mogą zwiększać wrażliwość na ból poprzez obniżenie progu jego odczuwania [14].

Aspekt społeczny bólu związany jest z pogorszeniem funkcjonowania społecznego wynikającym z bólu

i wynika z utraty roli i wcześniejszego statusu społecznego, obawy o bycie niezależnym, ale też o przyszłość bliskich czy finanse, jeśli ból uniemożliwia pracę, a wiąże się z obciążeniami finansowymi (np. zakup leków czy konieczność zatrudnienia opiekuna). Ból należy także analizować z perspektywy jego oddziaływania na rodzinę i opiekunów chorego, dlatego aspekt ten powinien stanowić integralną część każdej oceny bólu. Co więcej, czynniki społeczne, takie jak obawy dotyczące losu lub dobrostanu bliskich, mogą istotnie nasilać subiektywne doświadczenie bólu u pacjenta. Dlatego świadomość tych wszystkich elementów pozwala na ich uwzględnienie w opiece nad chorym z bólem przewlekłym i może mieć znaczenie dla efektywności leczenia bólu [15].

Często pomijanym aspektem bólu jest jego komponenta duchowa. Nie należy jej utożsamiać z religijnością, ponieważ dotyczy również osób niewierzących. Obejmuje ona m.in. potrzebę poszukiwania sensu i znaczenia, a w ramach tego odpowiedzi na pytanie, dlaczego mnie to spotyka? Niezaspokojeniu tej potrzeby towarzyszy poczucie pustki i bezsensowności zdarzeń [16]. U pacjentów z przewlekłym trudnym do leczenia bólem pokazano, że duchowość może stanowić zasób wspierający proces adaptacji do choroby. Określa się to mianem duchowego pozytywnego radzenia sobie (ang. positive spiritual coping), w którym pacjent wykorzystuje swoje przekonania i doświadczenia duchowe do budowania odporności psychicznej oraz osiągania akceptacji przewlekłego bólu i związanych z nim ograniczeń [17].

Diagnostyka bólu u osób starszych

Rzeczywista skala bólu w populacji geriatrycznej może być większa niż wskazują oficjalne statystyki. Niedoszacowanie wynika ze splotu wielu barier: psychologicznych, komunikacyjnych, poznawczych, organizacyjnych i diagnostycznych. Zarówno pacjenci, jak i personel medyczny nierzadko traktują ból jako naturalny element starzenia się, co prowadzi do jego marginalizacji [4,18]. W konsekwencji pacjenci nie zgłaszają bólu personelowi medycznemu, zwłaszcza gdy obawiają się hospitalizacji, zwiększenia zależności od rodziny lub instytucjonalizacji [4]. Takie przekonania mogą prowadzić do rezygnacji z poszukiwania pomocy i utrwalenia nieleczonych dolegliwości. Do ważnych przyczyn niedoszacowania bólu należą także bariery komunikacyjne.

Podstawą diagnostyki bólu u osób starszych pozostaje samoocena pacjenta, o ile jego stan poznawczy i komunikacyjny na to pozwala. Złotym standardem w ocenie występowania bólu jest pytanie o jego obecność. Pacjent powinien być pytany o ból w sposób bezpośredni, prosty i powtarzalny, ponieważ część osób starszych nie zgłasza tej dolegliwości spontanicznie. Dla skutecznej diagnostyki kluczowe jest stosowanie standaryzowanych narzędzi. W praktyce klinicznej przydatne są proste skale samoopisowe, takie jak skala numeryczna NRS (ang. *Numerical Rating Scale*), skala wzrokowo-analogowa VAS (ang. *Visual Analogue Scale*) czy skala słowna VRS (ang. *Verbal Rating Scale*). Dostępne są też skale obrazkowe (piktogramowe np. ang. *Faces Pain Scale-Revised*) [19].

Szczególnym wyzwaniem jest ocena bólu u osób żyjących z zaawansowaną demencją. Chorzy ci nie komunikują się werbalnie, a więc nie są w stanie zgłosić bólu [20]. U osób tych ból może objawiać się poprzez pobudzenie psychoruchowe, agresję, ale też np. wycofanie społeczne czy odmawianie spożywania posiłków. Już przed wielu laty pokazano, że skuteczne leczenie bólu zmniejsza nasilenie pobudzenia u osób starszych z demencją co zmniejsza obciążenie opiekunów [21]. Do innych ważnych z obserwacyjnego punktu widzenia elementów oceny należą analiza wyrazu twarzy i wydawanych dźwięków oraz pozycji ciała, a także zmiana schematu aktywności i pogorszenie funkcjonowania poznawczego. Wszystko to wymaga dużej czujności klinicznej ze strony personelu medycznego [18].

U osób z ograniczeniami komunikacji werbalnej i rozumienia konieczne jest systematyczne stosowanie skal obserwacyjnych. W wersji polskojęzycznej dostępne Doloplus-2, PAINAD i Abbey Pain Scale [22,23]. Niestety polskojęzyczna wersja żadnej z tych skal nie została zwalidowana. Skale te pozwalają uporządkować obserwację objawów behawioralnych i zmniejszają ryzyko pominięcia bólu u pacjentów, którzy nie potrafią opisać swoich dolegliwości. Jednak w codziennej praktyce klinicznej są nadal rzadko wykorzystywane, co prowadzi do dużo rzadszego diagnozowania i leczenia bólu u osób żyjących z otępieniem w stosunku do tych bez zaburzeń poznawczych. W dużych badaniach obejmujących ponad 20 tys. pacjentów, pokazano, że 3 miesiące przed śmiercią opioidy otrzymywało prawie 75% chorych z rozpoznaniem nowotworowym bez otępienia i tylko 58% - w przypadku współistnienia demencji. Stosunek ten był podobny na miesiąc przed śmiercią [24]. Również polskie badania pokazują, że

zaburzenia funkcji poznawczych związane są z rzadszym stosowaniem leków przeciwbólowych [25]. Tymczasem nie ma żadnych podstaw, aby sądzić, że otępienie czy zaburzenia funkcji poznawczych w ogóle wpływają na zmniejszenie odczuwania bólu.

Warto zatem przyrzeć się skalom obserwacyjnym oceny występowania bólu.

Skala Doloplus-2 obejmuje ocenę 10 elementów, zebranych w 3 obszarach reakcji [26] reakcje somatyczne:

1. dolegliwości somatyczne,
2. pozycja obronna,
3. ochrona bolesnych miejsc,
4. wyraz twarzy,
5. sen,
- reakcje psychomotoryczne:
 1. aktywność życia codziennego,
 2. zdolność poruszania się,
- reakcje psychospołeczne:
 3. komunikacja,
 4. życie społeczne,
 5. problemy zachowania.

Każdy z elementów oceniany jest w zakresie 0-3 w zależności od jego natężenia. Zatem wynik końcowy mieści się w zakresie 0-30. Uważa się, że wyniki powyżej 5 reprezentują ból. Ocena według skali Doloplus-2 wymaga znajomości chorego lub uzyskania informacji od opiekuna, ponieważ odnosi się do zmian m.in. w codziennych zachowaniach pacjenta, komunikacji czy życiu społecznym. Skala od lat polecana jest do oceny pacjentów z chorobą nowotworową i zaburzeniami komunikacji, ale nie jest szerzej stosowana w codziennej praktyce klinicznej.

Polskie Towarzystwo Badania Bólu rekomenduje do oceny pacjentów z ograniczeniami komunikacji skalę PAINAD [27]. Przed dokonaniem oceny należy pacjenta obserwować przez 5 minut. Ocenie poddaje się następujące zachowania, każde w skali od 0 (ocena odnosi się do braku problemu) do 2 (największe natężenie ocenianych zachowań):

1. oddychanie (niezależnie od wokalizacji),
2. negatywna wokalizacja,
3. wyraz twarzy,
4. mowa ciała,
5. możliwość uspokojenia.

Końcowy wynik mieści się zatem w zakresie 0-10. Sugestie co do interpretacji są następujące: wynik 1-3 oznacza łagodny ból, 4-6 średnio nasilony ból, a 7-10 ból o ciężkim nasileniu. Na stronie Towarzystwa znaj-

dużą się szczegółowe opisy odnoszące się do punktacji poszczególnych elementów co ułatwia stosowanie skali osobom bez doświadczenia.

Inną rekomendowaną skalą (m.in. przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne) jest skala Abbey (ang. Abbey Pain Scale – APS) [28]. Ocenia ona 6 elementów w zakresie 0-3, 0 oznacza brak problemu, a 3 największe jego nasilenie. Te elementy to:

1. wokalizacja (np. jęczenie czy płkanie),
2. wyraz twarzy (np. grymas przestraszenia, czy napięty wyraz twarzy),
3. zmiany w mowie ciała (np. wiercenie się czy ochrona wybranej części ciała),
4. zmiany w zachowaniu (np. nasilenie splatania lub odmowa jedzenia),
5. zmiana parametrów fizjologicznych (np. wzrost temperatury ciała czy ciśnienia tętniczego, pocenie się),
6. zmiany fizyczne (np. skaleczenie, wcześniejsze urazy czy zapalenie stawów).

Łączny wynik mieści się zatem w zakresie od 0-18. Wyniki w 0-2 oznaczają brak bólu, 3-7 ból łagodny, 8-13 umiarkowany, a wynik 14 i więcej – silny ból. Ze względu na to, że skala odnosi się do zmian w zachowaniu czy mowie ciała, nie może być wypełniona bez znajomości wcześniejszych zachowań pacjenta, a więc wypełniana jest w porozumieniu z opiekunem.

Wykorzystanie którejś z przedstawionych skal może być pomocne w codziennej pracy z osobami żyjącymi z otępieniem, a więc ich znajomość jest ważna dla wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych.

Pamiętać należy też, że diagnostyka bólu powinna mieć charakter interdyscyplinarny. W procesie tym istotną rolę odgrywają lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psychologowie, opiekunowie medyczni oraz rodzina pacjenta [29]. Takie podejście pozwala lepiej

rozpoznać wpływ bólu na codzienne funkcjonowanie i poziom samodzielności, ale też jakość życia. Właściwa diagnostyka bólu w geriatrici nie polega bowiem wyłącznie na ustaleniu jego natężenia, ale na rozpoznaniu, w jaki sposób ból zmienia funkcjonowanie osoby starszej i jakie działania terapeutyczne oraz opiekuńcze są potrzebne, aby ograniczyć jego konsekwencje.

Podsumowanie

Ból przewlekły należy traktować jako zespół geriatryczny, którego występowanie pogarsza sprawność funkcjonalną i jakość życia osób starszych. Warunkiem skutecznego postępowania terapeutycznego jest jego systematyczna ocena, rozpoznawanie, dokumentowanie i monitorowanie, szczególnie u pacjentów z zaawansowanymi zaburzeniami funkcji poznawczych i ograniczeniami w komunikacji werbalnej. Ból niezdiagnozowany pozostaje bowiem bólem nieleczonym, a co za tym idzie staje się elementem niepotrzebnego cierpienia. Podkreślić należy, że wytyczne dotyczące diagnostyki bólu u osób starszych wskazują na konieczność wielowymiarowego podejścia obejmującego nie tylko natężenie, ale również wpływ bólu na codzienne życie (tj. m.in. na sen, komunikację, aktywność, ale też np. ryzyko upadków) [21].

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Agata Ważna

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. Bronisława Markiewicza

ul. Czarnieckiego 16, 37-700 Jarosław

☎ (+48 16) 624 46 03

✉ agata.wazna@pansjar.edu.pl

Piśmiennictwo/References

1. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej: Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2024 r. Warszawa; 2025.
2. Kozak-Szkopek E, Broczek K, Slusarczyk P, et al. Prevalence of chronic pain in the elderly Polish population – results of the PolSenior study. Arch Med Sci 2017;13(5):1197-206.
3. Kozak-Szkopek E, Kujawska-Danecka H, et al. Występowanie bólu przewlekłego [w:] Błędowski P, Grodzicki T, Mossakowska M, Zdrojewski T, red. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny; 2021:253-70.
4. Markovics D, Virág A, Gadó K. Management of Chronic Pain in Elderly Patients: The Central Role of Nurses in Multidisciplinary Care. Geriatrics (Basel) 2025;10(4):110.
5. Bojar I, Bejga P, Woźnica I, et al. Wybrane problemy zdrowotne osób powyżej 90. roku życia. Med Og Nauk Zdr 2014;20(4):405-11.
6. Ważna A, Dziechciaż M, Wieczorowska-Tobis K. Charakterystyka występowania bólu u pielęgniarek w wieku emerytalnym. Gerontol

- Pol 2025;33:190-197.
7. Schmedding L, Forbrig TA, Gräske J. Being a professional nurse until retirement – a qualitative interview study in Germany. *BMC Nurs* 2025; 24:926.
 8. Capriz F, Lefebvre-Chapiro S, Moulias S, et al. Multidisciplinary consensus of experts in pain and geriatrics: use of analgesics in the management of pain in the elderly (excluding anesthesia). *Ból* 2020;21(2):31-44.
 9. Yiengprugsawan V, Steptoe A. Impacts of persistent general and site-specific pain on activities of daily living and physical performance: a prospective analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *Geriatr Gerontol Int* 2018;18(7):1051-1057.
 10. Ren Z, Yang J, Huang C, et al. Association between chronic pain and mental health among nurses in China: a national cross-sectional study. *BMC Nurs* 2025;24:865.
 11. Wieczorowska-Tobis K, Rajska-Neumann A. Ból jako przyczyna zaburzeń funkcji poznawczych u starszych pacjentów. *Geriatrics* 2010; 4:292-4.
 12. Rożek K, Serczyk A. Ból – specyfika diagnozowania i leczenia u osób starszych. *Niepełnosprawność Dyskursy Pedagogiki Specjalnej* 2024; 52:173-84.
 13. Mehta A, Chan LS. Understanding of the concept of “total pain”: a prerequisite for pain control. *J Hosp Palliat Nurs* 2008;10(1):26-32.
 14. Greenstreet W. The concept of total pain: a focused patient care study. *Br J Nurs* 2001;10(9):1250-1255.
 15. Hirakawa Y, Muraya T, Yamanaka T, et al. Total pain in advanced dementia: a quick literature review. *J Rural Med* 2023;18(2):154-8.
 16. Klimasiński MW, Ziemkiewicz M, Neumann-Klimasińska N. Potrzeby duchowe pacjentów istotne w codziennej praktyce klinicznej. *Med Pal* 2017;9(4):210-217.
 17. Klimasiński MW, Baum E, Wieczorowska-Tobis K. Spiritual care provided by a physician in a pain management clinic: a bidirectional relationship between chronic non-cancer pain and spirituality. *Palliat Med Pract* 2025;19(1):66-78.
 18. Kosson D, Malec-Milewska M. Leczenie bólu związanego z narządami ruchu w grupie pacjentów geriatrycznych. *Lekarz POZ* 2019;5(2):135-41.
 19. Schofield P. The Assessment of Pain in Older People: UK National Guidelines. *Age Ageing* 2018;47(suppl_1):i1-i22.
 20. Achterberg WP, Pieper MJC, van Dalen-Kok AH, et al. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging* 2013;8:1471-82.
 21. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, et al. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ* 2011;343:d4065.
 22. Zwakhalen SMG, Hamers JPH, Abu-Saad HH, et al. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr* 2006;6:3.
 23. Lichtner V, Dowding D, Esterhuizen P, et al. Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatr* 2014;14:138.
 24. Hsu WH, Hsien JG, Wang YW, et al. Insufficient pain control for patients with cancer and dementia during terminal cancer stages. *Am J Transl Res* 2021;13(11):13034-42.
 25. Neumann-Podczaska A, Nowak T, Suwalska A, et al. Analgesic use among nursing home residents, with and without dementia, in Poland. *Clin Interv Aging* 2016; 11:335-40.
 26. Janecki M, Janecka J. Behawioralna ocena bólu u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową objętych stacjonarną opieką paliatywną. *Med Pal* 2009; 1:27-32.
 27. Polskie Towarzystwo Badania Bólu: Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD).PL. Dostępne na: <https://ptbb.pl/zasoby/pobierz-pliki/category/43-pain-assessment-in-advanced-dementia-scale-painad-pl> [dostęp: 29.05.2026].
 28. Abbey J, Piller N, De Bellis A, et al. The Abbey Pain Scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *Int J Palliat Nurs* 2004;10(1):6-13.
 29. Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, et al. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain* 2007;23(1 Suppl):S1-S43.