



Zapobieganie bólowi w populacjach osób wrażliwych

Zapobieganie bólowi to globalny problem i priorytet zdrowia publicznego [1] ze względu na dużą liczbę dotkniętych bólem osób. Główna przyczyna bólu we wszystkich populacjach to uraz oraz utrzymywanie się bólu w następstwie urazu lub zabiegu chirurgicznego, co stanowi potencjalnie ogromny problem dla społeczeństwa.

Populacje wrażliwe i podatne na zagrożenia to populacje ze znacząco większymi obciążeniami zdrowotnymi [2]. Światowa Organizacja Zdrowia WHO [3] do populacji wrażliwych zalicza dzieci, ciężarne, osoby w wieku podeszłym, osoby niedożywione oraz osoby z zaburzeniami odporności. Te małe grupy i osoby w trudnej sytuacji mogą również cierpieć z powodu ubóstwa z ograniczonym dostępem do opieki zdrowotnej. W związku z tym, zapobieganie bólowi we wrażliwych populacjach należy postrzegać jako kwestię bezpieczeństwa.

Dodatkowo osoby cierpiące z powodu bólu mogą stać się podatni na zagrożenia ze względu na wyniszczający charakter bólu i cierpienia. Wśród populacji potencjalnie wrażliwych, osoby w wieku podeszłym częściej doświadczają bólu niż inni dorośli z populacji wrażliwych [4]. Jednak wrażliwość nie ogranicza się do najstarszych w społeczeństwie, a osoby bez kontaktu werbalnego są szczególnie narażone na to, że ich ból zostanie źle oceniony lub leczony [5].

Zespoły bólu mięśniowo-szkieletowego, w tym ból krzyża i karku, to główne przyczyny niepełnosprawności w całej populacji dorosłych [6]. Starzenie i niepełnosprawność zwiększa ryzyko bólu przewlekłego [7]. W grupie 7 609 żyjących w społeczeństwie starszych osób wykazano, że 63% seniorów z demencją cierpiało z powodu bólu przewlekłego w porównaniu do 54% starszych bez demencji [8]. Najczęstsza lokalizacja bólu to kolana, biodra i plecy, i często jest spowodowany osteoartrozą i osteoporozą. Zespoły bólu mięśniowo-szkieletowego mogą zwiększać ryzyko schorzeń sercowo-naczyniowych i u osób w wieku podeszłym zwiększać ryzyko upadków i śmiertelność. [7]. Zapobieganie bólowi i związanej z nim niepełnosprawności może być wspomagane przez prowadzenie zdrowego stylu życia, w tym regularnej aktywności fizycznej [9].

Zapobieganie bólowi przewlekłemu jest większym wyzwaniem. Czynniki wyzwalające i patomechanizm bólu przewlekłego są złożone, szczególnie że niekiedy nie można zidentyfikować przyczyny i czynnika wyzwalającego [9]. Niemniej jednak znane są szczególne czynniki ryzyka, związane z rozwojem przewlekłego bólu, których można by uniknąć w określonych populacjach. Wiadomo, że następujące czynniki psychologiczne mają znaczący wpływ na odczuwanie bólu przewlekłego – lęk, depresja, odporność psychiczna, przekonania o bólu [10]. Ponadto osoby w wieku podeszłym mają niższy próg bólu, który może stopniowo z czasem obniżyć się u starszych osób z demencją, podczas gdy ich tolerancja na ból wzrasta, ponieważ nie są w stanie rozpoznać i szybko zinterpretować doznanie bólowe, zwiększając w ten sposób wrażliwość na następstwa bólu [5].

Rekomendacje dotyczące zapobiegania bólowi ostremu w populacjach wrażliwych

- Odżywiaj się dobrze i utrzymuj prawidłową zdrową wagę, aby utrzymać prawidłową pracę kości i mięśni
- Ruszaj się i wykonuj ćwiczenia, aby budować i utrzymywać siłę i elastyczność.
- Poruszaj się dobrze; w miarę możliwości unikaj złej postawy i nadmiernego wysiłku, takiego jak podnoszenie ciężarów
- Redukuj stres i lęk; ucz się technik relaksacji i strategii radzenia sobie jak yoga, tai-chi lub uważna medytacja, aby zachować kontrolę.

Rekomendacje dotyczące zapobiegania bólowi przewlekłemu w populacjach wrażliwych

Wszystkie rekomendacje dotyczące zapobiegania bólowi ostremu i dodatkowo:

- Skuteczne leczenie bólu ostrego
- Uznanie rozwoju bólu przewlekłego za problem zdrowia publicznego

Ocena i postępowanie

Zdarzają się takie sytuacje, gdy bólowi nie można zapobiec i wówczas musimy zastosować skuteczne strategie oceny i leczenia. Na całym świecie opracowano wiele wytycznych, które można wykorzystać do prowadzenia procesu oceny i leczenia dla wszystkich populacji wrażliwych. Przynajmniej 10 rekomendacji, przykładowo, skupia się na pacjentach w wieku podeszłym i obejmuje problemy takie jak ocena i leczenie bólu ostrego, przewlekłego, czy bólu związanego z osteoartrozą. [14, 15, 17, 18, 19, 20, 21].

W przypadku populacji pediatrycznej zalecenia z różnych krajów i także WHO, skupiają się na bólu ostrym, przewlekłym lub związanym z nowotworem [22, 23, 24, 25]. W odniesieniu do osób torturowanych istnieje kilka wytycznych, ale często koncentrują się raczej na leczeniu zaburzeń psychicznych [26] niż na bólu. Niemniej jednak pojawiło się wiele publikacji zaleceń dotyczących leczenia bólu w tej populacji [5].

Bariery organizacyjne i zawodowe często hamują wdrażanie tych wytycznych, dlatego kluczowa jest edukacja i zwiększona świadomość. Wczesna interwencja zapobiegnie rozwojowi bólu przewlekłego, a następnie zmniejszy obciążenie pacjenta, jego rodziny i społeczeństwa. Jednak personel musi wiedzieć, jak przeprowadzić wywiad nt. bólu. Na przykład w Wielkiej Brytanii 7-minutowa konsultacja lekarza rodzinnego uniemożliwia starszym dorosłym opisanie ich bólu, ale jest to ograniczenie organizacyjne, które należy rozwiązać. Podobnie Tai-Seale i wsp. [13] stwierdzili, że rozmowa nt. bólu trwała zaledwie 2-3 minuty, co często jest utrudniane czynnikami komunikacyjnymi, płcią lub czynnikami kulturowymi.

Niemniej jednak jesteśmy tam, gdzie jesteśmy, a bariery organizacyjne i edukacyjne są rzeczywistością i wszystko, co możemy zrobić, to pracować w granicach tego, co mamy, polegając na opiece humanitarnej, pracując najlepiej dla pacjentów przy użyciu dostępnych narzędzi i wytycznych. Przynajmniej w sezonie 2019/20 umiemy rozpoznać populacje, które mogą być uważane za wrażliwe, a ich szczególne potrzeby są podkreślane. Przykładowo, jest dostępnych przynajmniej 12 narzędzi oceny bólu, które zostały opracowane specjalnie dla osób w wieku podeszłym z demencją, i niektóre z nich są szeroko stosowane w praktyce klinicznej. Na przykład: PAINAd, PACSLAC, Doloplus, Abbey [14].

PIŚMIENICTWO

- [1] Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. *BMC public health*. 2011 Dec;11(1):770. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/770>
- [2] Campbell LC, Robinson K, Meghani SH, Vallerand A, Schatman M, Sonty N. Challenges and opportunities in pain management disparities research: Implications for clinical practice, advocacy, and policy. *The Journal of Pain*. 2012 Jul 1;13(7):611-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.02.004>
- [3] World Health Organisation https://www.who.int/environmental_health_emergencies/vulnerable_groups/en/
- [4] Schofield P. *Rev Pain* 2007 Aug; 1(1): 12-14. <https://doi.org/10.1177/204946370700100104>
- [5] International Association for the Study of Pain. Global Year Against pain in vulnerable populations (2019) https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/1_Guidelines_for_the_Management_of_Pain_in_Vulnerable_Populationsedited.pdf
- [6] Booker.SQ., Haedtke (2017) Controlling Pain & Discomfort: Assessment in Non-Verbal older adults. *Nursing*. 2016 May; 46(5): 66-69.
- [7] Molton I, Cook KF, Smith AE, Amtmann D, Chen WH, Jensen MP. Prevalence and impact of pain in adults aging with a physical disability: comparison to a US general population sample. *Clin J Pain*. 2014 Apr; 30(4):307-15. doi: 10.1097/AJP.0b013e31829e9bca.
- [8] Hunt LJ, Covinsky KE, Yaffe K, Stephens CE, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. (2015) Pain in Community-Dwelling Older Adults with Dementia: Results from the National Health and Aging Trends Study. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Aug;63(8):1503-11. doi: 10.1111/jgs.13536. Epub 2015 Jul 22.
- [9] Shega JW, Andrew M, Kotwal A, Lau DT, Herr K, Ersek M, Weiner DK, Chin MH, Dale W. Relationship Between Persistent Pain and 5-Year Mortality: A Population-Based Prospective Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013 Dec;61(12):2135-41.
- [10] Skillgate. E et al (2017) Healthy lifestyle behavior and risk of long duration troublesome neck pain or low back pain among men and women: results from the Stockholm Public Health Cohort. *Clin Epidemiol*. 2017; 9: 491-500.
- [11] Blyth FM, Van Der Windt DA, Croft PR. Chronic disabling pain: a significant public health problem. *American Journal of Preventive Medicine*. 2015 Jul 1;49 (1):98-101.
- [12] Ramírez-Maestre C, Esteve R. The role of sex/gender in the experience of pain: resilience, fear, and acceptance as central variables in the adjustment of men and women with chronic pain. *The Journal of Pain*. 2014 Jun 1;15(6):608-18.
- [13] Tai-Seale.M., Management of chronic pain among older patients: Inside primary care in the US. *European Journal of Pain* 2011. Nov 15(10)
- [14] Schofield PA., et al (2018) The assessment of pain in older people: UK National Guidelines. *Age & Ageing*. Volume 47, Issue suppl_1, March 2018, Pages i1-i22
- [15] Hadjistavropoulos T. Pain in older persons. *Pain Res Manag*. 2007;12(3):176.
- [16] Rahman MM, Kopec JA, Anis AH, Cibere J, Goldsmith CH. Risk of cardiovascular disease in patients with osteoarthritis: a prospective longitudinal study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013 Dec;65(12):1951-8.
- [17] Singh JA, Furst DE, Bharat A, et al. 2012 update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(5):625-639. doi:10.1002/acr.21641
- [18] American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2227-2246.
- [19] Australian and New Zealand College of Anaesthetists. Recommendations on monitoring during anaesthesia. ANZCA 2013. <http://www.anzca.edu.au/documents/ps18-2013-recommendations-on-monitoring-during-ana>
- [20] Arnstein P and Herr KA. Persistent pain management in older adults. The University of Iowa. 2015.
- [21] Cornelius R, Herr KA, Gordon DB, and Kretzer K. Acute pain management in the older adult. The University of Iowa. 2016.
- [22] The Royal College of Emergency Medicine. Best Practice Guideline: Management of Pain in Children. 2017. [https://www.rcem.ac.uk/docs/RCEM%20Guidance/RCEM%20Pain%20in%20Children%20-%20Best%20Practice%20Guidance%20\(REV%20Jul%202017\).pdf](https://www.rcem.ac.uk/docs/RCEM%20Guidance/RCEM%20Pain%20in%20Children%20-%20Best%20Practice%20Guidance%20(REV%20Jul%202017).pdf)
- [23] National Institute of Health & Care Excellence. Chronic pain: assessment and management. 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/gid-ng10069/documents/final-scope>

[24] World Health Organization. Persisting pain in children package: WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. World Health Organization. 2012.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44540>

[25] Royal College of Nursing. The recognition and assessment of acute pain in children. 2009. https://www2.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0004/269185/003542.pdf

[26] Amris K and Williams AC. Managing chronic pain in survivors of torture. *Pain Manag.* 2015;5(1):5-12.

AUTORZY

Margaret Dunham PhD
Faculty of Health & Wellbeing
Sheffield Hallam University, UK

Pat Schofield PhD
Professor of Pain & Ageing
Sheffield Hallam University, UK

RECENZENCI

Professor Denis Martin
Centre for Rehabilitation, Exercise and Sports Science
Teesside University
Middlesbrough, United Kingdom

Professor Gisèle Pickering, MD, PhD, DPharm,
Clinical Pharmacology Department
University Hospital CHU
Clermont-Ferrand, France