

Uwarunkowania medyczne i psychospołeczne występowania bólu u osób powyżej 60. roku życia

Medical and psychosocial conditioning of pain in individuals over 60 years of age

MAGDALENA KUCZYŃSKA^{1, A, B, D-F}, JOANNA CZARNOTA-CHLEWICKA^{2, D-F}, MARIA KORZONEK^{2, A, B, D, G}

¹ Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

² Samodzielna Pracownia Opieki Długoterminowej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Ból jest definiowany jako nieprzyjemne odczucie zmysłowe i emocjonalne. Na odczuwanie bólu wpływają czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne.

Cel pracy. Analiza występowania bólu w kontekście biopsychospołecznej kondycji osób powyżej 60. roku życia.

Materiał i metody. Badaniem objęto 296 mieszkańców Szczecina powyżej 60. roku życia. Zastosowano Skalę Akceptacji Choroby, Skalę Satisfakcji z Życia, Inwentarz Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE, skalę VAS do oceny natężenia bólu oraz autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Ból odczuwanego w ciągu ostatniego tygodnia przed wypełnieniem kwestionariusza doświadczyło 60,14% respondentów. Ból o natężeniu słabym wystąpił u 34,81% osób, umiarkowanym – u 28,65% i silnym – u 36,52%. Wśród osób o wysokiej akceptacji choroby zaobserwowano najniższy odsetek odczuwających ból w ciągu ostatniego tygodnia (48,1%; $\chi^2 = 16,17$; $p = 0,001$). W grupie osób nieodczuwających bólu stwierdzono wyższy poziom satysfakcji z życia w stosunku do osób odczuwających jakikolwiek ból (0,00%; $\chi^2 = 9,17$; $p = 0,010$). Ból przyczyniał się w istotny sposób do stosowania strategii zwrotu ku religii (69,3%; $\chi^2 = 9,28$; $p = 0,002$). Ból częściej doświadczały osoby chorujące na więcej niż jedno schorzenie (76,1%; $\chi^2 = 16,53$; $p = 0,001$). Osoby cierpiące z powodu bólu nie podejmowały aktywności fizycznej (44,9%; $\chi^2 = 11,88$; $p = 0,037$).

Wnioski. Ponad połowa osób biorących udział w badaniu odczuwała ból. Brak bólu cechował osoby o wysokim poziomie satysfakcji z życia i wysokiej akceptacji choroby. W opiece nad pacjentem w wieku podeszłym należy dążyć do jak najszybszego rozpoznania i leczenia bólu.

Słowa kluczowe: ból, satysfakcja z życia, akceptacja choroby, wiek podeszły.

Summary **Background.** Pain is defined as an unpleasant sensory and emotional experience. Pain perception is influenced by biological, psychological and sociological factors.

Objectives. Analysis of occurrence of pain in the context of bio-psycho-social condition of individuals who are over 60 years of age.

Material and methods. The study included 296 inhabitants of Szczecin over the age of 60. AIS, SWLS, Inventory to Measure Coping Strategies with Stress Mini-COPE, VAS scale to assess the intensity of pain and an authorial questionnaire were used.

Results. 60.14% of respondents experienced pain within one week prior to filling out the questionnaire. Low intensity pain occurred in 34.81% respondents, moderate was experienced by 28.65%, and severe – 36.52%. Among the respondents with high acceptance of disease the lowest percentage of individuals experiencing pain within one week prior to the questionnaire was noted. Among the individuals who did not experience pain a higher level of life satisfaction was noted in comparison to individuals who experienced any pain (0.00%; $\chi^2 = 9.17$; $p = 0.010$). Pain significantly contributed to respondents employing the strategy of turning to religion (69.3%; $\chi^2 = 9.28$; $p = 0.002$). Pain was experienced more often by patients who suffered from more than one disease (76.1%; $\chi^2 = 16.53$; $p = 0.001$). Individuals experiencing pain were not physically active (44.9%; $\chi^2 = 11.88$; $p = 0.037$).

Conclusions. Over a half of participants of the study experienced pain. Lack of pain was characteristic of people who had a high level of satisfaction with life and acceptance of the disease. Urgent diagnosis and pain management is of utmost importance in elderly patient care.

Key words: pain, satisfaction with life, acceptance of illness, old age.

Fam Med Prim Care Rev 2016; 18(2): 138–142

Wstęp

Przewlekły ból geriatryczny definiowany jest jako nieprzyjemne, zmysłowe i emocjonalne doświadczenie powiązane z aktualnym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek, lub opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia, u osób w podeszłym (65 do 79 lat) i bardzo podeszłym wieku (80 lat i więcej), które jest odczuwane od ponad trzech miesięcy

[1]. Ponadto w wieku podeszłym może występować także ból trwający krócej niż 3 miesiące, mający jednak wpływ na codzienne funkcjonowanie seniora. Do predyktorów biologicznych wpływających na ból należą zmiany inwolucyjne powstałe w starzejącym się organizmie. Wraz z wiekiem zmienia się charakter odczuwanego bólu, obserwuje się szczególnie spadek częstości i nasilenia m.in. bólu głowy, migreny, ostrej rwy kulszowej czy dyskopatii [2]. Intensyfi-



kacji ulegają bóle kostno-stawowe [3]. Jedną z istotnych, somatycznych przyczyn przewlekłego bólu geriatrycznego są choroby nowotworowe. Doznania bólowe potęgowane są różnorodnymi czynnikami społecznymi i psychologicznymi. Należą do nich przede wszystkim osamotnienie, niejednokrotnie związane z utratą życiowego partnera, ubóstwo oraz izolacja społeczna, często wynikająca ze zmiany modelu współczesnej rodziny z wielopokoleniowego na tzw. nuklearny.

Bez wątpienia do modyfikatorów odczuwania bólu należy wystąpienie depresji, której tem są zarówno zmiany somatyczne ośrodkowego układu nerwowego, jak i czynniki społeczne. Jest to najczęstsza choroba psychiatryczna dotycząca seniorów, mogąca prowadzić do prób samobójczych, samobójstw, niepełnosprawności czy przedwczesnego zgonu [4]. Depresja nasila także już istniejący ból [5].

Analizując zjawisko bólu w holistycznym ujęciu człowieka, należy uwzględnić również poczucie tzw. spełnienia życiowego. Wyższy poziom satysfakcji z dotychczasowych osiągnięć, tak na tle osobistym, jak i zawodowym, często dodatnio koreluje z brakiem odczuwanego bólu [6].

Schorzenia rozwijające się u osób w wieku podeszłym, narastające wraz z nimi ograniczenia, na które w dużym stopniu wpływa ból, zaburzać mogą obraz przeżywania własnej choroby. Dochodzi do powiązania zwrotnego między bólem a akceptacją choroby. Nasilający się ból obniża poziom akceptacji choroby, a niższa akceptacja zmniejsza tolerancję na ból [7].

Cel pracy

Celem badania była analiza występowania bólu w kontekście biopsychospołecznej kondycji osób powyżej 60. roku życia.

Materiał i metody

Badaniem objęto 296 mieszkańców Szczecina powyżej 60. roku życia, w tym 204 kobiety (68,9%) i 92 mężczyzn (31,1%), średnia wieku wyniosła 71,61 lat (SD = 7,56). Dane przedstawiono w tabeli 1. Badania prowadzono głównie w szczecińskich Domach Pomocy Społecznej, w klubach/uniwersytetach seniorów. Do przeprowadzenia badań zastosowano Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS), Skalę Akceptacji Choroby (AIS) – obie w adaptacji polskiej autorstwa Zygryda Juczyńskiego, Inwentarz Radzenia Sobie ze Stresiem Mini-COPE w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik, skalę VAS do oceny natężenia

bólu oraz autorski kwestionariusz ankiety. Zawierał on 25 pytań, z których cztery dotyczyły danych socjodemograficznych, w ośmiu pytano o relacje z krewnymi, przyjaciółmi, warunki lokalowe i materialne oraz wystąpienie sytuacji ocenianej przez badanego jako smutna. W kolejnych skupiono się na aktywności fizycznej i umysłowej, czasie wolnym i hobby oraz posiadaniu zwierząt domowych. Sytuacji zdrowotnej, obecności chorób przewlekłych, częstości wizyt u lekarza rodzinnego i hospitalizacji, a także ocenie natężenia bólu poświęcono sześć pytań. Wyniki SWLS zliczono na steny i przyjęto następującą interpretację: 1–4 sten – wynik niski, 5–6 – wynik przeciętny i 7–10 – wynik wysoki. Wyniki uzyskane w Skali AIS zostały podzielone na wartości niskie – do 19 punktów, średnie – znajdujące się w przedziale 20–29 punktów i wysokie – powyżej 30 punktów. Inwentarz Mini-COPE zawiera 28 stwierdzeń przyporządkowanych do 14 strategii radzenia sobie ze stresem. Rozpiętość punktów w każdym ze stwierdzeń mieści się od 0 (wynik niski) do 3 (wynik wysoki). Interpretacja skali VAS: 0–3 – ból słaby, 4–5 – ból umiarkowany, 6–10 – ból silny. Kryterium włączenia w badanie stanowił wiek ≥ 60 lat, zdolność zrozumienia pytań zawartych w kwestionariuszach oraz świadoma zgoda respondenta. Projekt badania uzyskał akceptację Komisji Bioetycznej PUM. Obliczenia wykonano z wykorzystaniem programu SPSS Statistics 21.0. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

		N	%
Wiek	poniżej 70 lat	147	49,7
	70–79 lat	99	33,4
	80 lat i powyżej	50	16,9
Płeć	kobieta	204	68,9
	mężczyzna	92	31,1
Stan cywilny	kawaler/panna	17	5,7
	żonaty/zamężna	133	44,9

Wyniki

Bólu odczuwanego w ciągu ostatniego tygodnia przed wypełnieniem kwestionariusza doświadczyło 178 (60,1%) respondentów. Ból o natężeniu słabym wystąpił u 62 (34,81%) osób, umiarkowanym – u 51 (28,65%) i silnym – u 65 (36,52%).

Tabela 2. Zależność między stopniem akceptacji choroby a wystąpieniem bólu

	Stopień akceptacji choroby						Statystyki testu		
	Niski		Przeciętny		Wysoki		χ^2	df	p
	N	%	N	%	N	%			
Odczuwanie bólu w ciągu ostatniego tygodnia									
Nie	17	26,2	20	24,7	42	51,9	16,17	2	0,001
Tak	48	73,8	61	75,3	39	48,1			
Siła bólu odczuwanego w ciągu ostatniego tygodnia									
Ból słaby	13	27,1	18	29,5	15	38,5	10,36	4	0,035
Ból umiarkowany	8	16,7	20	32,8	9	23,1			
Ból silny	27	56,3	23	37,7	15	38,5			

Skalę Akceptacji Choroby wypełniło 227 osób.

Poziom akceptacji choroby istotnie różnicował ankietowanych w zakresie odczuwania bólu. Osoby w wysokim stopniu akceptujące chorobę stanowiły wyższy odsetek respondentów nieodczuwających bólu w ciągu ostatniego tygodnia (42; 51,9%; $\chi^2 = 16,17$; $p = 0,001$) (tab. 2).

W grupie osób nieodczuwających bólu stwierdzono wyższy poziom satysfakcji z życia w stosunku do osób odczuwających jakiegokolwiek ból (0,00%; $\chi^2 = 9,17$; $p = 0,010$). Niski poziom satysfakcji z życia odczuwało 59 (71,9%) pacjentów doświadczających bólu w ciągu ostatniego tygodnia i 24 (28,9%) osób bez tej dolegliwości (tab. 3).

U osób powyżej 60. roku życia zaobserwowano, że stosowanie strategii radzenia sobie ze stresem różniło się w badanej grupie w zależności od natężenia bólu. W sposób istotny dotyczyło to dwu z czternastu strategii: wsparcia instrumentalnego oraz wyładowania. Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego częściej cechowało osoby odczuwające

ból słaby (42; 42,9%) niż odczuwających ból umiarkowany (24; 24,5%) oraz ból silny (32; 32,7%) ($\chi^2 = 6,24$; $p = 0,044$) (tab. 4). W grupie stosujących strategię wyładowania, w porównaniu do osób stosujących ją rzadko lub niestosujących ją nigdy, stwierdzono istotnie wyższy odsetek osób odczuwających silny ból w ciągu ostatniego tygodnia (31; 47%; $\chi^2 = 10,84$; $p = 0,004$) (tab. 5).

Wśród badanych odczuwających ból, w porównaniu z nieodczuwającym go, zaobserwowano istotnie wyższy odsetek osób deklarujących doświadczenie braku przyjaciela (110; 61,8%; $\chi^2 = 4,54$; $p = 0,033$). Ponad połowa badanych chorowała na więcej niż jedno schorzenie przewlekłe (142; 54%), częściej też, w odniesieniu do osób z jednym schorzeniem, doświadczała bólu (76,1%; $\chi^2 = 16,53$; $p = 0,001$). Ból silny dotyczył częściej osób z wielochorobowością (48; 75%) niż z jednym schorzeniem (16; 25%), ból słaby odczuwały 32 osoby z jedną jednostką chorobową

Tabela 3. Zależność między poziomem satysfakcji z życia a odczuwaniem bólu

	Poziom satysfakcji z życia						Statystyki testu		
	Niska		Przeciętna		Wysoka		χ^2		
	N	%	N	%	N	%	χ^2	df	p
Odczuwanie bólu w ciągu ostatniego tygodnia									
Nie	24	28,9	50	39,4	44	51,8	9,17	2	0,010
Tak	59	71,1	77	60,6	41	48,2			

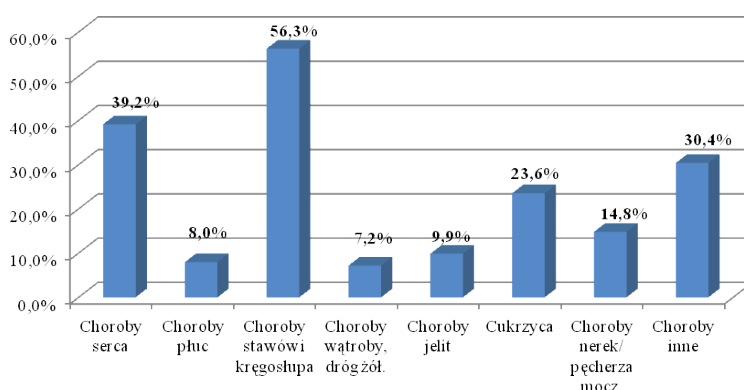
Skalę Satysfakcji z Życia wypełniło 295 osób.

Tabela 4. Zależność między strategią poszukiwania wsparcia instrumentalnego a natężeniem bólu

	Strategia poszukiwania wsparcia instrumentalnego				Statystyki testu		
	Nigdy lub rzadko		Często lub zawsze		χ^2		
	N	%	N	%	χ^2	df	p
Siła bólu odczuwanego w ciągu ostatniego tygodnia							
Ból słaby	20	25,0	42	42,9	6,24	2	0,044
Ból umiarkowany	27	33,8	24	24,5			
Ból silny	33	41,3	32	32,7			

Tabela 5. Zależność między strategią wyładowania a natężeniem bólu

	Strategia wyładowania				Statystyki testu		
	Nigdy lub rzadko		Często lub zawsze		χ^2		
	N	%	N	%	χ^2	df	p
Siła bólu odczuwanego w ciągu ostatniego tygodnia							
Ból słaby	49	43,8	13	19,7	10,84	2	0,004
Ból umiarkowany	29	25,9	22	33,3			
Ból silny	34	30,4	31	47,0			



Rycina 1. Choroby przewlekłe w badanej grupie

Tabela 6. Zależność między rodzajem choroby a odczuwaniem bólu

		Rodzaj choroby przewlekłej								Statystyki testu		
		A	B	C	D	E	F	G	H	χ^2	df	p
Odczuwanie bólu w ciągu ostatniego tygodnia										40,35	8	0,001
Nie	N	38	9	32	4	4	19	10	21			
	%	36,9	42,9	21,6	21,1	15,4	30,6	25,6	26,3			
Tak	N	65	12	116	15	22	43	29	59			
	%	63,1	57,1	78,4	78,9	84,6	69,4	74,4	73,8			
Odczuwanie bólu w ciągu ostatniego tygodnia										36,23	16	0,003
Ból słaby	N	16	2	31	4	5	13	7	17			
	%	24,6	16,7	26,7	26,7	22,7	30,2	24,1	28,8			
Ból umiarkowany	N	21	5	37	3	4	11	8	10			
	%	32,3	41,7	31,9	20,0	18,2	25,6	27,6	16,9			
Ból silny	N	28	5	48	8	13	19	14	32			
	%	43,1	41,7	41,4	53,3	59,1	44,2	48,3	54,2			

A – choroby serca; B – choroby płuc; C – choroby stawów i kręgosłupa; D – choroby wątroby, dróg żółciowych; E – choroby jelit; F – cukrzyca; G – choroby nerek/pęcherza moczowego; H – choroby inne.

(55,2%) i 26 osób z więcej niż jednym schorzeniem (44,8%; $\chi^2 = 13,05$; $p = 0,001$). Choroba przewlekła układu kostno-stawowego oraz choroby serca stanowiły najczęściej występujące choroby przewlekłe w badanej grupie (ryc. 1). Rodzaj choroby przewlekłej różnicował badaną grupę w zakresie odczuwania bólu w ciągu ostatniego tygodnia (tab. 6).

Osoby doświadczające bólu w blisko połowie nie podejmowały żadnej aktywności fizycznej (80; 44,9%), ale także 27 osób (15,2%) ćwiczyło 2 razy w tygodniu, a 31 (17,4%) raz dziennie ($\chi^2 = 11,88$; $p = 0,037$).

Dyskusja

Ból jest często traktowany przez osoby w wieku podeszłym jako nieodłączny element procesu starzenia się organizmu i rzeczywiście występuje w znacznej części populacji ludzi po 6. dekadzie życia [1].

Wyniki własnych badań wskazują, że bólu w ostatnim tygodniu przed badaniem doświadczyły blisko dwie trzecie respondentów, a niespełna jedna czwarta odczuwała ból o natężeniu silnym. Podobne obserwacje poczynili dokonujący przeglądu piśmiennictwa dotyczącego leczenia bólu u osób w wieku podeszłym Kaye i wsp. [1] oraz Rastogi i Meek [8].

Poczucie osamotnienia, przeżycie śmierci osoby bliskiej to częste i negatywne zjawiska towarzyszące starości [9]. Ból pojawiający się w tym czasie nasila smutek i samotność. Brak przyjaciela był istotnym czynnikiem wpływającym na odczuwanie bólu w badanej grupie. Również Bajurna i wsp. wykazali, że izolacja oraz samotność nasilają dolegliwości somatyczne u seniorów [10].

Większa liczba schorzeń predysponuje pacjenta do częstszego i bardziej nasilonego bólu, co potwierdziły także badania własne. Makara-Studzińska i Kryś-Noszczyk anali-

zując aktualne piśmiennictwo z zakresu geriatry, wykazały istnienie związku między starością, wielochorobowością i bólem [11]. W badaniach własnych ból o charakterze przewlekłym dotyczył szczególnie pacjentów ze schorzeniami kostno-stawowymi. Zbieżne wyniki osiągnęli Istratii i wsp. [12] oraz Pitek [13]. Także Badley i Tennant w badaniach wśród osób powyżej 16. roku życia dowiedli, że wraz z wiekiem badanych częstość występowania u nich bólu stawów wzrastała [14].

Do najczęstszych schorzeń, które wystąpiły w badaniach własnych, należały choroby serca i układu kostno-stawowego. Badania prowadzone przez Kurpas i wsp. wykazały, że choroby serca, w tym przede wszystkim przewlekła choroba niedokrwienna, są jednymi z najczęstszych schorzeń pacjentów POZ [15].

Umiarkowana aktywność fizyczna stanowi istotny element terapii osób starszych, szczególnie z chorobami narządu ruchu. Tymczasem badania własne dowiodły, że ból, często towarzyszący schorzeniom kostno-stawowym, znacznie ograniczał aktywność badanych seniorów. Zły stan zdrowia był także powodem ograniczającym aktywność fizyczną osób uczestniczących w badaniu [16]. Ponadto Gawlik i Kurpas w swoich badaniach wykazały, iż ból znacznie ogranicza codzienne funkcjonowanie pacjentów, zwłaszcza w zakresie poruszania się [17].

Wnioski

1. Ponad połowa osób biorących udział w badaniu odczuwała ból.
2. Brak bólu cechował osoby o wysokim poziomie satysfakcji z życia i wysokiej akceptacji choroby.
3. W opiece nad pacjentem w wieku podeszłym należy dążyć do jak najszybszego rozpoznania i leczenia bólu.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana z badań statutowych Samodzielnej Pracowni Opieki Długoterminowej (nr WNoZ-310-01/9/13).

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Kaye AD, Baluch A, Scott JT. Pain management in the elderly population: a review. *Ochsner J* 2010; 10(3): 179–187.
2. Domżał TM. Ból i zespoły bólowe wieku podeszłego. *Terapia* 2006; 11(186): 27–34.
3. Jasiak A, Marcinowska-Suchowierska E. Bóle stawów u osób w wieku podeszłym. *Post Nauk Med* 2011; 5: 402–409.
4. Baumann K. Problem aktów samobójczych wśród osób w starszym wieku. *Gerontol Pol* 2008; 16(2): 80–88.
5. Herr KA, Garand L. Assessment and measurement of pain in older adults. *Clin Geriatr Med* 2001; 17(3): 457–475.
6. Żyłka-Reunt A, Smoleń E, Gazdowicz L. Subjective life satisfaction among the University of the third age students vs socio-demographic conditions and health status. *Med Biol Sci* 2012; 26(4): 47–54.
7. Kózka M, Walewska E, Ścisło L, et al. Determinanty radzenia sobie z bólem u pacjentów z chorobą nowotworową. *Probl Pielęg* 2013; 21(3): 297–305.
8. Rastogi R, Meek BD. Management of chronic pain in elderly, frail patients: finding a suitable, personalized method of control. *Clin Interv Aging* 2013; 8: 37–46.
9. Wróblewska I, Sobik-Niemczynowska B, Błaszczuk J, i wsp. Opinia pacjentów na temat trudności wieku podeszłego oraz roli opieki pielęgniarstwa w kształtowaniu zachowań proaktywnych u osób w wieku podeszłym *Fam Med Prim Care Rev* 2014; 16(4): 356–359.
10. Bajurna B, Mendyka L, Nowakowska I. Różnorodność problemów występujących w starszym wieku. *Pielęg Pol* 2011; 1(39): 24–28.
11. Makara-Studzińska M, Kryś-Noszczyk K. Oblicza starości – przegląd piśmiennictwa. *Psychoger Pol* 2012; 9(2): 77–86.
12. Istrati J, Teşiorowski M, Dobrogowski J. Zespoły bólowe narządu ruchu. Choroba zwyrodnieniowa stawów: leczenie – stan wiedzy na rok 2012. *Terapia* 2012; 10(279): 43–49.
13. Pitek E. Wielochorobowość u pensjonariuszy domu pomocy społecznej. *Piel Zdr Publ* 2012; 2(2): 95–101.
14. Badley EM, Tennant A. Changing profile of joint disorders with age: findings from a postal survey of the population of Calderdale, West Yorkshire, United Kingdom. *Ann Rheum Dis* 1992; 51(3): 366–371.
15. Kurpas D, Kolek R, Baucz E. Koszty chorób przewlekłych w ramach opieki podstawowej. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12(4): 1040–1043.
16. Łysak A, Walentukiewicz A, Drabik J, et al. Aktywność fizyczna i niektóre jej uwarunkowania w populacji seniorów województwa pomorskiego. *Hygeia Public Health* 2014; 49(3): 549–553.
17. Gawlik MM, Kurpas D. Ocena skuteczności terapii bólu i jego wpływu na codzienne funkcjonowanie pacjentów objętych domową opieką paliatywną. *Fam Med Prim Care Rev* 2015; 17(2): 98–102.

Adres do korespondencji

Dr n. o zdr. Joanna Czarnota-Chlewicka
 Samodzielna Pracownia Opieki Długoterminowej PUM
 ul. gen. Dezyderego Chłapowskiego 11
 70-103 Szczecin
 Tel.: 606 479-945
 E-mail: joannach@pum.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 31.07.2015 r.

Po recenzji: 15.09.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 15.09.2015 r.