



**REKOMENDACJE
DOTYCZĄCE ROZPOZNAWANIA BÓLU
U CHORYCH Z OTĘPIENIEM**

**Agnieszka Neumann-Podczaska
Katarzyna Wieczorowska-Tobis**

ISBN 978-83-963362-1-7

Wydanie I, Warszawa 2021

Wydawca

Wydawnictwo Akademia Medycyny

01-950 Warszawa

ul. Wrzeciono 47/27

tel.: 22 627 39 86, 503 121 350

e-mail: redakcja@akademiamedycyny.pl

www.akademiamedycyny.pl

Ból jest często występującym objawem u osób starszych. Pogarsza ich funkcjonowanie i wpływa negatywnie na jakość życia. Często jednak osoby starsze nie zgłaszają bólu uważając, że jest nieodłącznym elementem procesu starzenia i nic nie da się z nim zrobić.

TAK NIE JEST!

Taki sposób myślenia o bólu nie tylko działa depresyjnie – w sensie przekonania o nieuniknionym, ale też uniemożliwia podjęcie jakiegokolwiek terapii. Dlatego ważne jest, aby diagnozować ból. Podstawą tego jest pytanie, które powinno być zadane podczas każdej oceny osoby starszej lub podczas każdego pogorszenia funkcjonowania o niejasnej przyczynie:

CZY COŚ BOLI?

Ale nie zawsze zadanie tego pytania jest możliwe.

W procesie starzenia narasta ryzyko wystąpienia wielu zaburzeń, w tym otępienia. Osoby starsze z zaawansowanym otępieniem tracą zdolność porozumiewania się przy pomocy słów. Nie rozumieją zadawanych pytań i nie potrafią na nie odpowiedzieć. Nie można ich wtedy zapytać o dolegliwości. Żyją we własnym świecie, do którego nie mamy wglądu. Nie oznacza to jednak, że nie występują u nich dolegliwości bólowe. Ból tak samo wpływa negatywnie na ich funkcjonowanie, jak u każdego z nas. Żeby podjąć leczenie bólu musimy wiedzieć, że on występuje. Staramy się więc wyciągnąć wnioski z obserwacji.

Nikt inny nie zna tak dobrze chorego jak jego opiekun. Opiekun najwcześniej zauważy, że coś się zmieniło w zachowa-

niu starszej osoby, ale też, że ma na twarzy obcy grymas. Może to oznaczać ból. Taki chory, podobnie jak każdy z nas, cierpi i staje się niecierpliwym. Czasem zaczepia opiekuna, być może aby zwrócić jego uwagę, że coś jest nie tak.

Z naszych rozmów z opiekunami wiemy, że są oni wnikliwymi obserwatorami i najczęściej wiedzą, że coś się dzieje. Udzielmy im zatem głosu!

Rozmowy z Kierownictwem i Personelem Domu Pomocy Społecznej przy ul. Konarskiego 11/13 w Poznaniu pokazały jak ważny jest temat bólu w ich codziennej pracy.

To jest bardzo delikatna materia. Są takie osoby, znam i pamiętam takich mieszkańców, w przypadku których kwestia bólu przekładała się na zachowania. Ta osoba potrafiła być miła ale i agresywna, a to przenosi się na jej kontakt z pracownikami, głównie z opiekunem. Bywały dni, kiedy z danym mieszkańcem super się rozmawiało, ale jeśli coś zaczynało się dziać [w rozumieniu bólu] to nagle nie był to ten sam mieszkaniec, to jakby dwie zupełnie inne osoby. Ja nie jestem medykiem, ale widziałem, że istnieje pewna zmienność zachowań i że to jest kwestia bólu [choroby,] a to staje się problemem dla opiekunów, dla psychologów.

To jest kwestia podejścia do człowieka. Niektórzy opiekunowie nie są w stanie pogodzić się z tym, że mieszkaniec źle się odezwie. Opiekunowie są różni, niektórzy potrafią wyczuć sytuację, zaplanować rozmowę nad tym

trudnym zachowaniem, ale wszystkim warto i trzeba pokazać nowy sposób podejścia. Wiele osób go zrozumie i wykorzysta w praktyce. Dotychczas nie było opracowań, jak się zachować w stosunku do mieszkańca, u którego podejrzewa się ból, jak go ocenić w sposób prosty. Takie rekomendacje to jest taka instrukcja, takie wchodzenie w głąb, jak pomóc.

Jerzy Dłużak

*Dyrektor DPS w okresie realizacji projektu;
prawie 48 lat pracy w DPS
(23 lata na stanowisku dyrektora)*

„Pracownicy DPS rzadko postrzegają związek niecodziennych zachowań mieszkańców z bólem, nastawiają się w sposób negatywny do mieszkańca i sugerują, abyśmy szukali innych miejsc pobytu dla nich, takich jak szpital psychiatryczny czy ŻOL. Słyszemy „ten Pan (Pani) nas nie słucha, stwarza zagrożenie, nie wiemy co zrobić i nie mamy też czasu.”

„Opiekun w całym procesie jest ważną osobą, dłuższy czas ma bezpośredni kontakt z mieszkańcem; często dłuższy niż pielęgniarka. Jest zatem najważniejszą osobą, która może przekazać lekarzowi stawiającemu diagnozę, wiele informacji. Taka informacja, oparta na skali obserwacyjnej bólu, będzie bardziej przekonująca dla lekarza.”

„Stworzenie rekomendacji, przewodnika, w ramach którego można zrozumieć, że u podłoża tych trudnych za-

chowań leży ból, jest ważne dla całego zespołu DPS – dla każdego, kto ma kontakt z mieszkańcem, również portiera, kierowcy, pracownika gospodarczego. To zmieni ich sposób podejścia, mniej będzie tego negatywnego nastawienia a więcej zrozumienia.”

Joanna Matecka-Olejniczak

zastępca Dyrektora DPS;

17 lat pracy w DPS

„Ja, pracując w zawodzie 23 lata, umiem rozpoznać kiedy mieszkaniec jest bólowy. Na pewno im bardziej bólowy tym bardziej złośliwy; piszczy, krzyczy, zamyka się w sobie. Ja to widzę dobrze, ale ktoś pracujący krótko nie zauważy tych symptomów. Powie „ale złośliwy” i nie wie, jak zaradzić. Opiekun powinien umieć rozpoznać, kiedy to zachowanie wynika z bólu, a kiedy jakby „z charakteru”. Opiekun chce wiedzieć, czy ma do czynienia z bólem, jego sugestie są brane pod uwagę przez lekarzy, którzy wiedzą, że opiekun najlepiej zna pacjenta.”

„Uważam, że skuteczne rozpoznawanie objawów bólowych pomogłoby opiekunom w pracy. Dobrze, że mamy dostępność leków przeciwbólowych, tych które lekarz w zleceniu zaznaczył, jako możliwe do doraźnego podawania i tych, dostępnych bez recepty lekarskiej. Gdyby było proste narzędzie do oceny bólu, odważniej podchodzilibyśmy do włączenia leków. To na pewno ułatwiłoby pracę, bo kiedy lepiej rozpoznamy ból, włączymy po

prostu lek przeciwbólowy. Czasem takie proste leki przeciwbólowe mogą zadziałać tu i teraz, bo nie zawsze każdy mieszkaniac godzi się na poradnię leczenia bólu i nie zawsze ona jest dostępna szybko.”

Danuta Stern

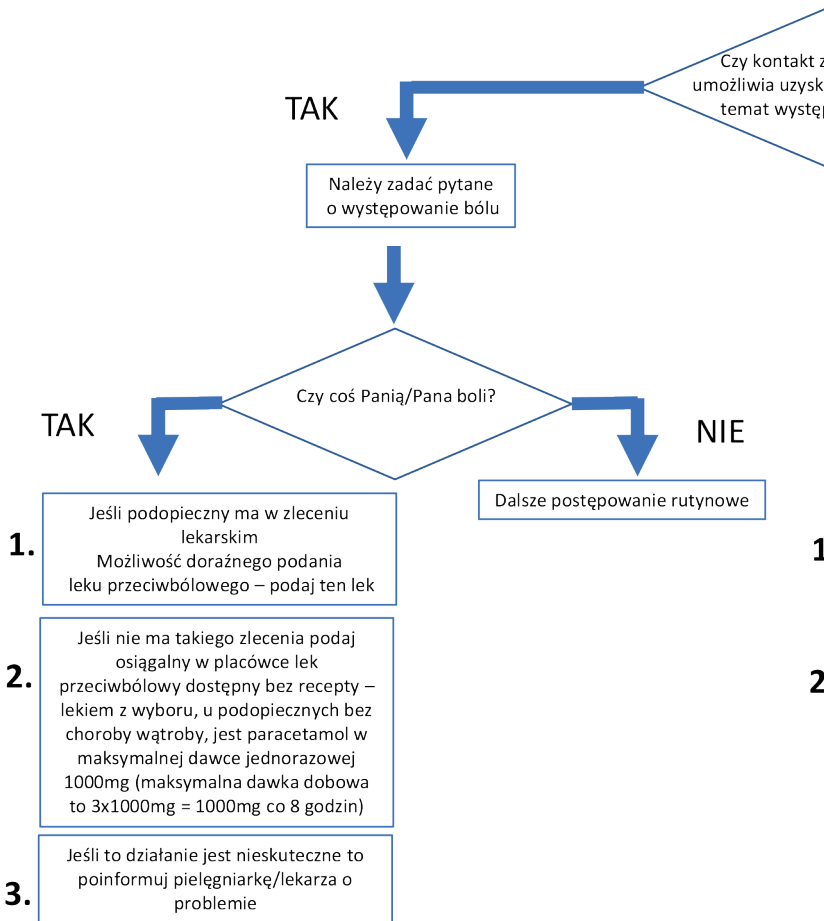
*Starszy opiekun medyczny
ds. koordynacji usług pielęgnacyjnych w DPS
23 lata w zawodzie opiekuna medycznego*

W projekcie realizowanym przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne (PTG) pod patronatem JM Rektora Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, we współpracy z Wydziałem Zdrowia Urzędu Miasta Poznania, który sfinansował działania i Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, pokazaliśmy, że do oceny bólu u osób z otępieniem, (które utraciły zdolność porozumiewania się za pomocą słów) może służyć **Skala Oceny Bólu Abbey**.

Opis projektu, z którego wynikają rekomendacje

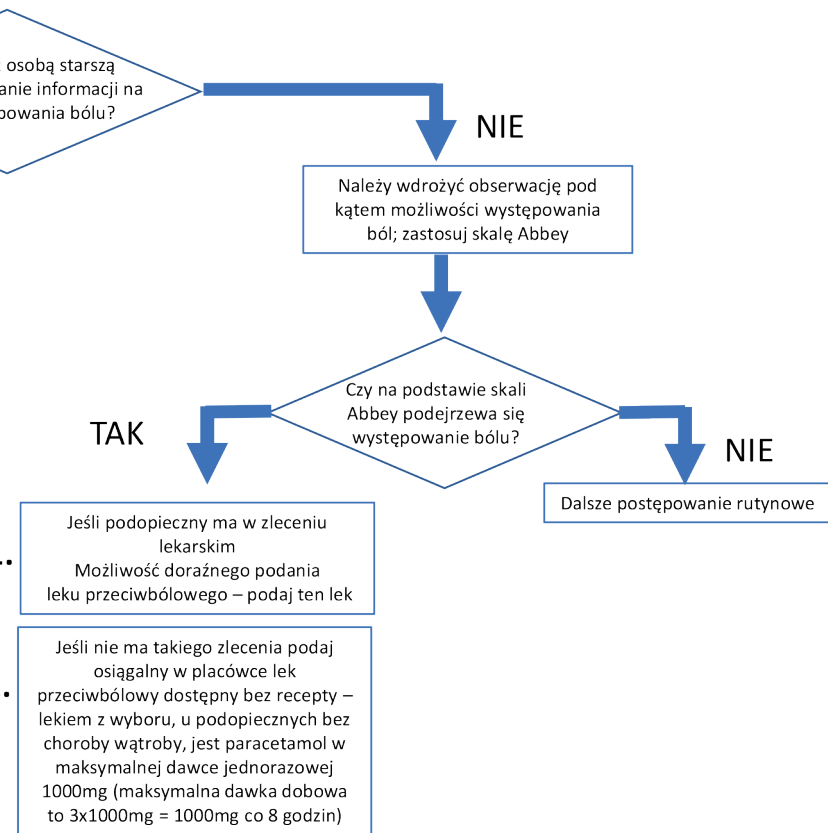
„Poprawa jakości życia seniorów poprzez optymalizację farmakoterapii bólu”

Badania naukowe prowadzone w Domach Opieki Społecznej (DPS) pokazały, że mieszkańcy często nie zgłaszają bólu, a więc trudno jest go leczyć. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, w okresie od 1 do 31 października 2019 roku, przeprowadziło badania pilotażowe, mające na celu optymalizację leczenia farmakologicznego bólu u starszych mieszkańców DPS, które były kontynuowane w kolejnym roku. Projekt obejmował inter-



Uwaga: Jeśli na podstawie skali **Oceny Bólu Abbey** podejrzewa się występowanie bólu, należy ponownie zastosować Skalę po 1 godzinie od wdrożenia terapii przeciwbólowej, zgodnie ze wskazówkami zawartymi w dalszej części niniejszego opracowania.

W Bólu Abbey



wencję farmakologiczną celem poprawy efektywności leczenia bólu u mieszkańców DPS przy ul. Konarskiego 11/13 w Poznaniu (projekty finansowane przez Urząd Miasta Poznania ZSS–XIII.526.62.2019 i ZSS–XII.526.2.2020).

W pierwszej części eksperci PTG stworzyli protokół oceny bólu i zasady postępowania w przypadku jego stwierdzenia. Następnie przeszkolono opiekunów w zakresie umiejętności zastosowania protokołu u mieszkańców. W wyniku podjętych działań wypracowano rekomendacje dotyczące oceny i leczenia bólu u osób starszych, w tym również u tych z zaburzeniami funkcji poznawczych.

Przez cały czas trwania projektu eksperci PTG prowadzili nadzór merytoryczny nad poprawnością prowadzenia ocen mieszkańców oraz ich leczeniem farmakologicznym. Ponadto, celem bieżącego wsparcia opiekunów, odbywały się konsultacje. Niestety z racji pandemii COVID-19 od połowy marca 2020 nie było możliwości organizowania spotkań w DPS, a więc konsultacje odbywały się telefonicznie.

W wyniku przeprowadzonej dwukrotnie oceny wyznaczono zasady postępowania w przypadku stwierdzenia bólu, możliwe do zastosowania przez opiekunów u mieszkańców DPS. Rekomendacje te docelowo powinny stać się standardem postępowania w zakresie oceny i leczenia bólu u mieszkańców DPS.

Zostały one zebrane w postaci algorytmu postępowania, zamieszczonego na następnej stronie. Algorytm obejmuje **Skalę Oceny Bólu Abbey** (ang. *Abbey Pain Scale*).

Skala Oceny Bólu Abbey jest obserwacyjnym narzędziem do oceny występowania i natężenia bólu u osób z otępieniem, którzy

Skala Bólu Abbey

Do oceny bólu u osób z demencją, którzy nie potrafią zwerbalizować swoich objawów (wyrzucić za pomocą słów swoich objawów)

Jak używać skali: Obserwując badanego, odpowiedz na pytania od 1 do 6.

Imię i nazwisko badanego:

Imię i nazwisko oraz funkcja/stanowisko osoby wypełniającego

formularz:

Data: Godzina:

Ostatni podany lek przeciwbólowy (nazwa leku).....o godz.

1. Wokalizacja

np. skomlenie, jęczenie, płkanie

nasilenie objawu: Brak 0 Łagodne 1 Umiarkowane 2 Silne 3

2. Wyraz twarzy

np. napięty wyraz twarzy, marszczenie brwi, grymas przestraszenia

nasilenie objawu: Brak 0 Niezbyt wysokie 1 Umiarkowane 2 Silne 3

3. Zmiany w mowie ciała

np. wiercenie się, kołysanie się, ochrona wybranej części ciała, zamykanie się w sobie/wycofanie

nasilenie objawu: Brak 0 Niezbyt wysokie 1 Umiarkowane 2 Silne 3

4. Zmiany w zachowaniu

np. nasilenie splątania, odmowa jedzenia, zmiana utartych schematów funkcjonowania

nasilenie objawu: Brak 0 Niezbyt wysokie 1 Umiarkowane 2 Silne 3

5. Zmiana parametrów fizjologicznych

np. temperatura, tętno lub ciśnienie tętnicze krwi poza zakresem normy, pocenie się, rumieńce lub bledość

nasilenie objawu: Brak 0 Niezbyt wysokie 1 Umiarkowane 2 Silne 3

6. Fizyczne zmiany

np. skaleczenia, odleżyny, zapalenie stawów, przykurcze, wcześniejsze urazy

nasilenie objawu: Brak 0 Niezbyt wysokie 1 Umiarkowane 2 Silne 3

Dodaj wszystkie wyniki od 1-6 i zapisz tu



Łączny wynik

Zaznacz wynik odpowiadający ocenie bólu



0-2 Bez bólu	3-7 Łagodny ból	8-13 Ból umiarkowany	14+ Silny ból
-----------------	--------------------	-------------------------	------------------

Zaznacz rodzaj bólu



Przewlekły	Ból ostry	Ból ostry nakładający się na ból przewlekły
------------	-----------	---

Abbey J; De Bellis, A; Piller, N; Esterman, A; Giles, L; Parker, D and Lowcay, B.
Funded by the JH & JD Gunn Medical Research Foundation 1998-2002
Tłumaczenie na język polski zgodne z zasadami WHO tłumaczenia narzędzi diagnostycznych.

nie potrafią za pomocą słów w klarowny sposób zakomunikować i opisać występującego u nich bólu. Jest to narzędzie, którego używać może każdy, kto opiekuje się pacjentem z otępieniem.

Wskazówki dotyczące używania

Skali Oceny Bólu Abbey

Skala **Oceny Bólu Abbey** jest dedykowana prowadzeniu oceny „opartej na ruchu” i dlatego jej podstawą jest obserwacja podopiecznego podczas przemieszczania się, wykonywania czynności pielęgnacyjnych (np. podczas pielęgnacji odleżyn) czy podczas kąpieli itp.

Ponieważ za pomocą tej skali nie jest możliwe odróżnienie niepokoju, wynikającego z innych przyczyn od bólu, podczas jej używania kluczowe jest prowadzenie bieżącej oceny efektywności podejmowanych interwencji przeciwbólowych.

Opiekun powinien użyć Skali w następującym schemacie:

- zawsze przy podejrzeniu występowania bólu; jej pozytywny wynik wskazuje na konieczność podjęcia terapii bólu. W kompetencji opiekuna leży wtedy:
 - jeśli podopieczny ma w zleceniu lekarskim możliwość doraźnego podania leku przeciwbólowego – podanie tego leku
 - jeśli nie ma takiego zlecenia – podanie osiągalnego w placówce leku przeciwbólowy, dostępnego bez recepty – lekiem z wyboru, u podopiecznych bez choroby wątroby, jest paracetamol w maksymalnej dawce jednorazowej 1000 mg

- następnie godzinę po zastosowanej terapii:
 - jeśli wynik Skali będzie taki sam lub wyższy, należy zgłosić problem pielęgniarce/lekarzowi jako potencjalnie niezwiązany z bólem
 - jeśli wynik będzie niższy, należy przyjąć, iż oznacza to, że problem związany jest – przynajmniej częściowo – z bólem. W zależności od sytuacji może być wskazany kontakt z lekarzem, celem ustalenia wskazań do utrzymania terapii przeciwbólowej.

Przedstawiony formularz **Skali Oceny Bólu Abbey** zawiera instrukcję wykonania oceny występowania i natężenia bólu. Dla poszczególnych sześciu obszarów wskazać należy natężenie danego objawu w skali 0 – 3 (gdzie: 0 oznacza brak objawu, a 3 silne natężenie objawu). Następnie wyniki dla wszystkich obszarów należy zsumować i zapisać łączny wynik. Po wykonaniu tej oceny, oceniający powinien zaznaczyć rodzaj ocenianego bólu (ból przewlekły, ból ostry, ból ostry nakładający się na ból przewlekły).



Polskie Towarzystwo Gerontologiczne (PTG) jest ogólnonarodową organizacją non-profit gerontologów, geriatrów i innych profesjonalistów, którzy poświęcają się sprawie poprawy zdrowia i jakości życia oraz niezależności ludzi starszych. Jest najważniejszym i interdyscyplinarnym stowarzyszeniem naukowców i praktyków, organizatorów ochrony zdrowia i pomocy społecznej, których łączy wspólne dążenie do rozwijania i upowszechniania wiedzy o starości i starzeniu, edukacji gerontologicznej i poprawy jakości życia osób starszych. Od wielu lat w Towarzystwie współpracuje kilkuset członków prezentujących rozmaite dyscypliny naukowe – medycynę, socjologię, politykę społeczną, pielęgniarstwo, ekonomię, demografię, pracę socjalną, psychologię i wiele innych. Doświadczenia w realizacji działań planowanych w ofercie Towarzystwo podczas prowadzenia badań promuje wysoką jakość programów badawczych nad starością i starzeniem, wszechstronną i dostępną opiekę dla starszej wiekiem polskiej populacji. Towarzystwo dostarcza wiedzy dla praktyków ochrony zdrowia i pomocy społecznej, polityków i decydentów poprzez stymulowanie, rozwijanie i upowszechnianie projektów badawczych, edukacyjnych, zdrowotnych, jak i opracowywanie ekspertyz i standardów.



Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Lekarz - specjalista geriatry i medycyny paliatywnej, pracownik naukowy Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (obecnie kierownik Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej, gdzie stworzyła Pracownię Geriatrii), absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu i European Academy for Medicine of Aging (Sion, Szwajcaria); Przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego; członek Panelu Ekspertów Komisji

Europejskiej ds. Efektywnego Inwestowania w Zdrowie, przedstawiciel Polski w European Union of Medical Specialists - Geriatric Section, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, wiceprzewodnicząca Rady ds. Polityki Senioralnej przy Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, doradca stały Komisji Polityki Senioralnej obecnej kadencji Sejmu.

Od lat zaangażowana w tworzenie opieki nad osobami starszymi (w tym opieki geriatrycznej w Polsce - m.in. współtworzyła standardów opieki geriatrycznej w Polsce) oraz badania nad starością; współautorka ponad 300 publikacji z dziedziny geriatry i gerontologii.



Dr hab. n. med. Agnieszka Neumann-Podczaska

Adiunkt w Pracowni Geriatrii Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Jedyna w Europie absolwentka European Academy for Medicine of Aging (EAMA, IUKB Foundation w Szwajcarii), będąca farmaceutką. Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego oraz European Geriatric Medicine Society, ekspert Zespołu do Spraw

Opieki Farmaceutycznej przy Ministerstwie Zdrowia. Nagrodzona Nagrodą Ministra Zdrowia RP za znaczące osiągnięcia wdrożeniowe w roku 2020 w zakresie stworzenia w Poznaniu pierwszych w Polsce Punktów Opieki Farmaceutycznej dla osób po 70. roku życia z ciężką wielolekowością. Stypendystka Polsko-Amerykańskiej Komisji Fulbrighta w kategorii Fulbright Senior Award 2020/2021- celem półrocznego Stypendium w University of Kentucky w USA było przeniesienie dobrych praktyk ze Stanów Zjednoczonych do Polski, obejmujących rolę współpracy farmaceuta- lekarz podczas procesu leczenia farmakologicznego w warunkach klinicznych i ambulatoryjnych. Specjalistka w zakresie oceny poprawności farmakoterapii osób starszych, kierownik projektu Opieka Farmaceutyczna w Geriatrii, realizowanego w latach 2011-2016 finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki (NCN 405 674340), w ramach którego powstał pierwszy w Polsce sprawdzony w praktyce, efektywny modelu opieki farmaceutycznej w geriatryi.

Akademia  **medycyny**