



XI. KONGRES in 141. SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA STAROST, STARANJE IN SKRB ZA STARE

Ljubljana, 15. in 16. oktober 2004

OBVLADOVANJE BOLEČINE PRI STAROSTNIKI

PAIN MANAGEMENT IN OLDER ADULTS

Marija Godec, Helena Omejc

Oddelek za terapijo bolečine, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, Klinični center, Zaloška c. 7, 1525 Ljubljana

Prispelo 2004-08-18, sprejeto 2004-09-16; ZDRAV VESTN 2004; 73: 777-81

Ključne besede: bolečina v starosti; ocena bolečine; vzroki za bolečino; zdravljenje bolečine

Key words: pain in elderly; pain assessment; sources of pain; pain treatment

Izvilleček – Izhodišča. Bolečina v starosti je velik problem tako za starostnike in njihove svojce kakor tudi za zdravstveno osebje, ki se ukvarja s starostniki. Nezdravljena bolečina, ki omejuje starostnika pri vsakdanji dejavnosti, povzroči veliko spremljajočih težav in sprememb, ki jih lahko napačno pripisujemo drugim vzrokom. Pomembno je ustrezno oceniti bolečino, da jo lahko učinkovito zdravimo. Pri ocenjevanju bolečine moramo posebno pozornost posvetiti bolnikom s spremenjenimi kognitivnimi funkcijami. Strah pred neželenimi stranskimi učinki ne sme biti vzrok za nezadostno zdravljenje bolečine. Pri zdravljenju opošteujemo spremenjene fiziološke funkcije v starosti, splošno stanje bolnika, možne interakcije z zdravili, ki jih bolnik prejema zaradi drugih bolezni, socialno in kognitivno stanje bolnika. Tako starostniki kot zdravstveno osebje se moramo otresti prepričanja, da je bolečina normalen spremljivalec starosti. Ustrezna obravnava starega človeka z bolečino lahko bistveno izboljša kakovost življenja.

Abstract – Background. Pain in the elderly is an important problem for geriatric patients and also for their relatives and nursing staff. Untreated pain that interferes with ability to function normally means many accompanying changes and adverse reactions in older people. Effective pain management depends on adequate assessment of pain which can be very difficult in patients with cognitive impairment. Fear against adverse drug effects should not be a reason for inadequate pain management. In pain treatment we have to consider altered physiologic functions in elderly, physiologic status, possible drug interactions, and social and cognitive status of the patients. Pain itself is not a normal part of aging; clinicians and also old people have to be aware about this. Adequate pain treatment in elderly is regarded as an important improvement in the quality of life.

Uvod

Bolečina je ena od zelo pogostih in velikokrat težko rešljivih težav, ki spremljajo starejšega človeka. Čeprav je veliko bolezenskih stanj, ki so povezana z bolečino, pogostejših v starosti, bolečina ni normalen spremljivalec starosti. Veliko starejših sprejema bolečino kot nekaj normalnega, kar pride s starostjo. Velja prepričanje, da stari ljudje bolečine ne doživljajo več tako intenzivno, kar pa ne drži. Študije kažejo, da je intenzivnost bolečine pri starejših enaka kot prej, večkrat pa je bolečina neustrezno zdravljena (1-3). 25-50% starih ljudi, ki živi v domačem okolju, doživlja bolečino v taki meri, da so ovirani v svojih običajnih opravilih. Oskrbovanci v domovih trpijo bolečine v 45-80%, med temi jih dobiva analgetike le 40-50% (4). Vsakodnevna bolečina je prisotna pri 26% oskrbovancev, med njimi pa jih skoraj 25% sploh ne dobiva analgetikov (5). Ugotavljajo tudi, da je pogostejše nezadostno zdravljenje bolečine pri moških in pri bolnikih z zmanjšanimi kognitivnimi funkcijami.

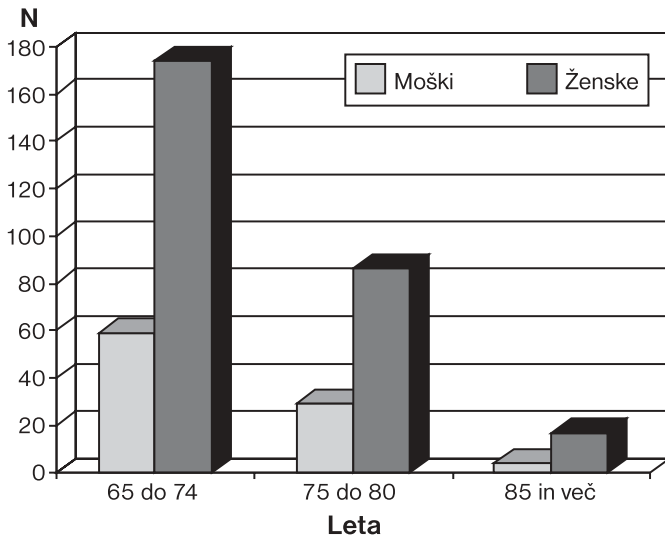
Nezadovoljivo lajšanje bolečine vodi starega človeka v depresijo, čustveno neravnovesje, anksioznost, nespečnost, telesno nezmožnost, poslabšajo se spremljajoča bolezenska stanja, kar poveča ne nazadnje tudi stroške zdravljenja.

Vzrokov za nezadostno lajšanje bolečine v starosti je več. Izvirajo lahko iz samega bolnika oziroma starega človeka in so navadno posledica nekih ustaljenih mišljenj, kot so:

- bolečina je kazen za stare grehe;
- bolečina je normalen del staranja in se ji ne moremo izogniti, zato je pač potrebno potrpeti;
- bolečina pomeni bližino smrti;
- bolečina je znak hude bolezni;
- trpljenje zaradi bolečine je treba prikriti, da svojci ali negovalno osebje ne bo dodatno obremenjeno.

Ostali vzroki, ki nimajo neposredne povezave z bolnikom, pa so:

- nepravilna ocena bolečine (nepoznavanje metod za ocenjevanje bolečine oziroma izbira neustrezne metode);
- spremljajoče bolezni, ki otežujejo pravilno oceno bolečine;
- pomanjkljiva izobrazba zdravstvenega osebja pri postopkih za lajšanje bolečine;
- odpor zdravnikov in večkrat tudi bolnikov do uporabe opioidnih analgetikov zaradi strahu pred razvojem odvisnosti;
- spremenjena farmakodinamika in farmakokinetika zdravil v starosti, kar povzroči nepredvidljive učinke zdravil;



Sl. 1. Število starostnikov v naši ambulanti v letu 2003.

- interakcije z zdravili, ki jih bolnik prejema zaradi drugih bolezni;
- težave pri ocenjevanju bolečine in vrednotenju uspešnosti analgetičnega zdravljenja pri bolnikih s demenco (6-8).

Vzroki za bolečino pri starostnikih

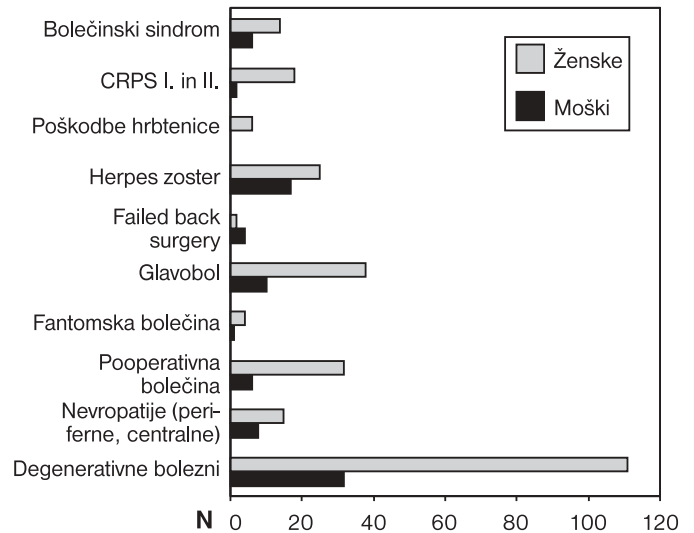
Študije kažejo, da ima prek 80% starostnikov različne bolezni, ki so povezane z bolečino (bolezni srca in ožilja, nevrološka degenerativna stanja, osteoartritis različne etiologije, nevralgične bolečine različnih vzrokov, stanja po poškodbi). Pri starejših se najpogosteje pojavljajo bolečine v križu (40%), v sklepih (24%), v področju zlomov (14%) in nevropatije (11%). Pogost vzrok za bolečino je tudi rakava bolezen. 80% starostnikov nad 65 let ima težave zaradi degenerativnih bolezni mišično-kostnega sistema. Ostali vzroki za bolečino pri starejših so okužbe, bolezni perifernega živčevja, kožne spremembe z ulceracijami, zastajanje urina, zaprtje, glavoboli. Pri dementnih bolnikih nezadovoljiva nega povzroči hudo nelagodje (pomembna higiena, lakota, žeja), kar vpliva tudi na povečano intenzivnost bolečin (2).

V naši ambulanti za zdravljenje bolečine je bilo v letu 2003 obravnavanih skupno 1715 bolnikov, od tega 369 starejših od 65 let (22%). 75% je bilo žensk, 25% moških (sl. 1).

Najpogostejši vzroki za bolečino so bile degenerativne bolezni (39%), kar je v skladu s podatki iz literature. Na 2. mestu so bili bolniki z glavobolom (13%), predvsem tenzijskim in cervikalnim. Po pogostosti sledijo bolniki s postherpetično nevralgijo (11%), pooperativno bolečino (10%), bolniki z nevropatijami različnih vzrokov (6%) in kompleksnim regionalnim bolečinskim sindromom (5%) (sl. 2).

Občutenje bolečine pri starostnikih

Na spremenjeno občutenje bolečine pri starostnikih vplivajo poleg sprememb v živčnih poteh tudi duševni dejavniki in drugi vplivi zaradi starostnih sprememb. S starostjo se zmanjšuje gostota živčnih vlaken (mieliniziranih in nemieliniziranih), zaradi česar se upočasni prevajanje perifernega bolečinskega dražljaja (9). Na spinalni in supraspinalni ravni ugotavljajo manjšo gostoto serotoninergičnih in noradrenergičnih nevronov ter opioidnih receptorjev, kar verjetno vpliva na funkcijo descendentne zaviralne kontrole in povzroča slabo prenašanje hude bolečine. Zmanjšana je tudi količina živčnih



Sl. 2. Vzroki za obravnavo starostnikov z bolečino v naši ambulanti v letu 2003.

prenašalcev supraspinalno in število nevronov in dendritskih povezav v možganski skorji, srednjih možganih in podaljšani hrbtenjači. Starostne spremembe so prisotne tudi v področjih, ki so pomembni za obdelavo in zaznavanje bolečinske informacije. Pri starostnikih ugotavljajo višji prag za zaznavanje termičnega in električnega bolečinskega dražljaja, kar pa ne pomeni, da stari ljudje čutijo manj bolečine. Že omenjene spremembe za zaviranje bolečinskega prenosa celo povzročijo manjšo toleranco za bolečino pri starostnikih (10, 11). Določeni tipi visceralne bolečine so v starosti manj izraženi. Tako je pri akutnem abdomnu pri starejših bolečina manj izražena. Tihi miokardni infarkt je pri starejših pogostejši. Pojavljanje glavobola se s starostjo zmanjšuje, če pa je prisoten, je pogostejše posledica resnih bolezni, kot so: temporalni arteritis, cervikalni osteoartritis, depresija, kongestivno popuščanje srca, subduralni hematoma, motnje v elektrolitskem ravnotežju. Ugotavljajo, da so starejši večkrat manj pripravljeni označiti stimuluse kot boleče, zaradi tega je zelo pomembna primerena komunikacija med terapevtom in bolnikom za ustrezno lajšanje bolečine, kar je posebej pomembno pri zdravljenju pooperativne bolečine, pri različnih diagnostičnih in terapevtskih postopkih.

Pri starejših pogosto spremlja bolečino tudi depresija. Nezdravljena depresija otežuje zdravljenje bolečine. Zmotno je mišljenje, da je bolečina edini vzrok za depresijo in da bo zdravljenje bolečine pozdravilo tudi depresijo. Zdravljenje bolečine je pogosto neučinkovito, če se ob tem ne zdravi še depresija. Za zdravljenje depresije se uporabljajo selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina, triciklični antidepresivi in drugi antidepresivi (tianeptin, moklobemid, trazodon). Triciklični antidepresivi, razen doksepina in amitriptilina, pri starejših zaradi pogostih stranskih učinkov (ortostatska hipotenzija, spremembe mentalnega statusa, ostali antiholinergični stranski učinki) niso priporočljivi. Antidepresivi se uporabljajo za zdravljenje nevropatske bolečine, ker blokirajo ponovni prevzem prenašalcev (noradrenalin, serotonin) v sinaptični špranji na spinalni ravni, ti prenašalci pa blokirajo prenos bolečinskega dražljaja na višje ravni. Za zdravljenje bolečine se uporabljajo antidepresivi v nizkih odmerkih (12, 13). Pri starejših se pogosto razvijejo tudi vedenjske motnje. Bolečina se lahko izkorišča kot sredstvo za pritegnitev pozornosti. Pretirano pogosto ocenjevanje bolečine in s tem stalno opominjanje nanjo pogosto osredotoči bolnika izključno na bolečino, zato je pri zdravljenju pomembno, da pri bolniku poskušamo zbuditi zanimanje za druge stvari. Na doživljanje bo-

lečine vplivajo tudi izkušnje iz preteklosti (npr. doživljanje trpljenja bližnjega sorodnika, ki je imel podobno bolezen). Posledica je strah in negotovost, kar poveča bolečino. V takih primerih predpišemo bolniku anksiolitik, ki olajša zdravljenje bolečine, pozorni pa moramo biti na možne stranske učinke, predvsem na razvoj ortostatske hipotenzije in posledičnih padcev starega človeka.

Ocena bolečine

Najprej ocenimo, ali je bolečina akutna ali kronična, ali gre za eksacerbacijo kronične bolečine. Akutna bolečina je navadno dobro umeščena in opisana, pogosto je združena z vzburjenjem avtonomnega živčnega sistema (povečana frekvenca srca, povečan krvni tlak, pospešitev dihanja, razširjene zenice, diaforeza). Spremljajoči znaki akutne bolečine so tudi nemir, strah, nezmožnost koncentracije.

Kronična bolečina je včasih težko opredeljiva in umeščena, redkeje jo spremljajo spremembe v delovanju avtonomnega živčnega sistema. Navadno kronično bolečino spremlja depresija in spremembe v razpoloženju.

Prebivajoča bolečina je občasna okrepitev bolečine, ki se pojavi ob sicer stalni šibkejši bolečini.

K oceni bolečine sodi več komponent, ki jih izvemo z natančno anamnezo. Ugotovimo, ali gre za nociceptivno (somatsko ali visceralno) ali nevropatsko bolečino. Nociceptivna bolečina je posledica vnetja tkiva, lokalne destrukcije ali deformacije. Bolnik jo opiše kot topo, stiskajočo, globoko, stalno, pritiskajočo. Nevropatska bolečina nastopi kot posledica poškodbe živčnega sistema in jo delimo na periferno (npr. diabetična nevropatija, herpes zoster, nevralgija trigeminusa) in centralno (npr. po kapi, po poškodbi hrbtenjače, fantomska bolečina po amputaciji). Bolnik jo opiše kot ostro, zbadajočo, občasno, kot občutek električnega udara. Priporočajo uporabo skrajšane verzije McGillovega vprašalnika. Ta metoda je pri starejših primerna, ker so pojmi opisovalni. Postavljamo vprašanja, na katera bolnik odgovarja z DA ali NE. Poizvemo o mestu bolečine, ali je omejena na mesto poškodbe tkiva, ali se prenaša, kam izžareva. Pri tem nam je v pomoč »body outline diagram« (14). Ocenimo jakost bolečine. V ta namen se pri nas uporablja vizualno analogna skala – VAS (ocena bolečine od 0–10). Uporablja se tudi numerična analgetična skala in razne verbalne skale za oceno jakosti bolečine.

Poskušamo opredeliti vzorec pojavljanja bolečine. Kronična bolečina je navadno konstantna, akutna je intermitentna ali epizodična, poveča se ob določenih aktivnostih.

Pri starejših ugotavljajo, da so numerična skala in VAS večkrat nerealni zaradi težav pri prenosu čutilne senzacije na številčno skalo. Za oceno jakosti bolečine nekateri priporočajo uporabo bolečinskega termometra ali verbalno opisno skalo, pri kateri bolnik z besedo opiše jakost bolečine (14). Nekateri uporabljajo tudi skalo izrazov obraza, ki služi predvsem za oceno bolečine pri otrocih, drugi pa menijo, da je ta skala bolj primerna za oceno stopnje depresije (14).

Pri dementnih bolnikih večkrat doslej omenjenih skal ne moremo uporabiti. Priporoča se subjektivno opazovanje bolnikov in na bolečino vezanih vzorcev obnašanja (gibanje, izraz obraza, položaj telesa) in fizioloških kazalcev, kot so frekvenca srca, krvni tlak, frekvenca dihanja. Hurley s sodelavci je razvil skalo, ki opredeli nelagodje bolnikov s hujšo obliko Alzheimerjeve bolezni, pri kateri se ocenjuje dihanje, izraz obraza in položaj telesa (14).

Pri vseh ocenjevanjih si je potrebno vzeti dovolj časa, večkrat ponoviti vprašanje, če je to potrebno, v pogovor vključiti tudi svojce ali negovalno osebje, ki pozna bolnika.

Pri kognitivno motenih starostnikih moramo biti pozorni na spremembe, ki lahko pomenijo bolečino: spremenjena mimika obraza, grimasiranje, zatiskanje oči, neartikulirani gla-

sovi, glasno dihanje, klicanje na pomoč, preklinjanje, spremenjen položaj telesa, agresivno vedenje, zapiranje vase, spremembe v že dalj časa obstoječih vzorcih obnašanja in rutinskih opravilih, zmanjšanje telesne dejavnosti, povečana zmedenost, pogost jok ipd.

Če bolnik prejema opioidne analgetike in se kognitivne funkcije začnejo slabšati, lahko zmotno to pripišemo stranskim učinkom analgetika, ne pa nezadostni analgeziji.

Pri opredelitvi bolečine opravimo še okvirni fizikalni in nevrološki pregled bolnika.

Vpliv starosti na spremenjeno farmakokinetiko in farmakodinamiko zdravil

Pri starostnikih navadno po 75. letu pride do fizioloških sprememb, ki pomenijo večjo nevarnost za povečano toksičnost zdravil. Starejši ljudje pogosto jemljejo različna zdravila, kar povzroči nezaželene medsebojne interakcije in stranske učinke. Po 75. letu starosti je rezerva organov zmanjšana. Spremeni se klirens zdravil predvsem zaradi zmanjšane ledvične funkcije. Veliko zdravil se izloča preko ledvic v nespremenjeni obliki ali pa kot metaboliti, ki pa so ob kopičenju lahko toksični. Pri nekaterih starostnikih zmanjšanja ledvične funkcije ni opaziti. Jetrni metabolizem je lahko spremenjen v starosti, čeprav mehanizmi konjugacije ostajajo sorazmerno stabilni. Pri metabolismu zdravil v jetrih je potrebno upoštevati inhibicijo ali indukcijo encimov pod vplivom nekaterih zdravil. Več zdravil ne pomeni samo več neodvisnih stranskih učinkov, ampak tudi več interakcij.

Absorpcija v gastrointestinalnem traktu (GIT) se z leti ne spreminja v odsotnosti bolezni GIT. Teorija o povečanem pH želodčnega soka v starosti ni potrjena, le-ta ostaja konstanten ob zdravem GIT ne glede na starost. Absorpcija zdravil je lahko zmanjšana zaradi zmanjšane prekrvitve črevesa in zmanjšane motilitete (13).

Transdermalna absorpcija je pri starejših zaradi tanjšanja kože in zmanjšanja podkožnega maščevja nepredvidljiva.

Razmerje med telesnimi maščobami in vodo je povečano (več maščob, manj vode). Zaradi tega se poveča koncentracija vodotopnih zdravil, razpolovni čas v maščobah topnih zdravil pa se podaljša.

Pri starejših na splošno velja, da se koncentracija zdravil poveča in podaljša razpolovni čas, kar privede do več stranskih učinkov zdravil pri starejših.

Zdravljenje bolečine

Zdravljenje bolečine je farmakološko in nefarmakološko. Pri zdravljenju moramo upoštevati bolnika v celoti, vse njegove spremljajoče bolezni, ki so ali pa tudi ne vzrok za bolečino. Oceniti moramo tudi stanje kognitivnih funkcij bolnika in njegov socialni status. Predpisana zdravila morajo biti prilagojena starosti, poznati moramo stranske učinke in učinke, ki lahko nastopijo ob sočasnem jemanju drugih zdravil.

Priporočila Ameriškega geriatričnega združenja so (15):

- uporaba najmanj invazivne poti vnosa zdravila;
- začetek zdravljenja z majhnimi odmerki, ki jih postopoma večamo;
- NSAR se morajo zaradi stranskih učinkov uporabljati previdno;
- opioidi se uporabljajo za zdravljenje srednje močne bolečine;
- pomožni analgetiki in ostala dodatna zdravila so primerna za določene bolečinske sindrome;
- farmakološko zdravljenje je bolj učinkovito ob sočasni uporabi nefarmakoloških postopkov.

Napotki za zdravljenje bolečine

Za zdravljenje *blage bolečine* uporabljamo paracetamol. Priporočeni odmerek pri starejših je do 3 g/dan. Paracetamol kombiniramo tudi z drugimi analgetiki v primeru srednjemočnih in hudih bolečin.

Za zdravljenje *blagih do srednje močnih bolečin* uporabljamo NSAR, ki imajo poleg analgetičnega še protivnetni učinek. Pri kronični uporabi NSAR pri starejših bolnikih lahko pride do resnih zapletov zaradi krvavitev iz GIT. Izogibamo se NSAR z daljšim razpolovnim časom. Pomembno je, da ne kombiniramo različnih NSAR, ker se učinkovitost ne povečuje, večja pa se nevarnost neželenih stranskih učinkov. Lahko pa uporabimo različne oblike enega zdravila. Pri starejših se pogosto odločamo tudi za uporabo antirevmatičnih mazil, ki so dokaj učinkovita in nenevarna. Pri bolnikih, kjer so klasični NSAR kontraindicirani zaradi dotedanjih resnih zapletov na zgornjih prebavilih, ki sočasno jemljejo kortikosteroide ali sredstva proti strjevanju krvi, predpisujemo COX2 selektivne nesteroidne antirevmatike (celecoxib, rofecoxib, valdecoxib), ki imajo manj stranskih učinkov na prebavila, previdnost pa je potrebna pri bolnikih s hipertenzijo, kongestivnim srčnim popuščanjem in oslABLJENO ledvično funkcijo (16).

Za zdravljenje *srednje močne bolečine* poleg NSAR uporabljamo šibke opioide, kot so: tramadol, kodein, dehidrokodoin. V primeru nezadostne analgezije je potrebno preiti na opioide z močnejšim delovanjem, ki so na mestu predvsem za maligno bolečino in v zadnjem času tudi za nezadostno zdravljenje nemaligno bolečino z ostalimi analgetiki. Uporabljajo se morfin, petidin, tilidin, oksikodon, hidromorfon, metadon, piritramid (predvsem za postoperativno zdravljenje bolečine). Vedno več se uporablja transdermalni fentanil, sicer pa se opioidi z zelo močno potentnostjo, kamor poleg fentanila spadajo še alfentanil, sufentanil in remifentanil, uporabljajo za analgezijo med operativnimi posegi in v enotah intenzivne terapije.

Opioidi z agonistično-antagonističnim učinkom (pentazocin, nalburfin, buprenorfin) niso primerni za starostnike, ker pogosto povzročijo delirantno stanje.

Pri starostnikih se priporoča previdno titriranje opioidov z manjšim priporočenim začetnim odmerkom. Odmerki za zdravljenje prebivajoče bolečine morajo biti manjši, predpisani presledki med njimi pa večji. Pri starejših lahko pride do kopičenja morfinskega aktivnega presnovka morfin-6-glukonida, zato so varnejši opioidi, ki nimajo aktivnih metabolitov (hidromorfon, oksikodon). Petidin se pri starejših odsvetuje zaradi aktivnega metabolita, ki deluje vzbujajoče na CŽS. Prav tako se ne priporoča uporaba metadona zaradi dobre topnosti v maščobah in dolgega razpolovnega časa.

Za pooperativno analgezijo pri nas predvsem uporabljamo piritramid, ki ima manj stranskih učinkov, obstaja pa samo v parenteralni obliki.

Pri predpisovanju opioidov moramo upoštevati, da so starostniki bolj občutljivi na opioidne analgetike ter imajo po navadi zaradi njih več stranskih učinkov, na katere moramo biti pozorni (nevarnost depresije dihanja, zaprtje, retenca urina). Stranske učinke povečajo že prej prisotne težave bolnika v zvezi z odvajanjem, uriniranjem in spremljajoče dihalne težave. Zaradi nepredvidljive absorpcije in učinka transdermalnih opioidov nikoli ne predpisujemo opioidno naivnim bolnikom (17).

Tudi pri starostnikih v primeru *nevropatske bolečine* predpisujemo bolnikom pomožne (adjuvantne) analgetike v kombinaciji s klasičnimi analgetiki. Pri starejših moramo biti previdni pri predpisovanju predvsem zaradi skoraj pri vseh opažene nevarnosti ortostatske hipotenzije in posledičnih padcev ter vpliva na srčno prevajanje (triciklični antidepresivi). Najmanj stranskih učinkov se opaža pri uporabi gabapenti-

na, ki ga vedno več uporabljamo pri zdravljenju nevropatske bolečine različnih vzrokov (nevropatije, postherpetične nevralgije, fantomske bolečine ipd.). Za nevralgijo n. trigeminusa je pri zdravljenju še vedno na prvem mestu karbamazepin, ki pa ima številne stranske učinke. Od tricikličnih antidepresivov največ uporabljamo amitriptilin v nizkih odmerkih.

Pri starejših je tudi učinkovito dajanje lokalnih anestetikov (EMLA, lidokainski obliž) pri lokalizirani nevropatski bolečini, kot je bolečina po torakotomiji, po mastektomiji ali postzosterična bolečina. Lokalno učinkovit je kapsaicin, ki zmanjša substanco P in se uporablja tako za nevropatsko kakor tudi za nociceptivno bolečino.

Glede poti vnosa se prilagajamo bolnikovemu stanju in tudi njegovim željam.

Nefarmakološke oblike zdravljenja bolečine pri starejših

Zaradi že omenjenih težav in omejitev pri predpisovanju analgetikov pri starejših so zelo pomembne nefarmakološke oblike zdravljenja, ki pa se pri nas premalo uporabljajo. Sem spadajo metode fizikalne terapije, nevrostimulacija, kognitivno vedenjska terapija, bio-feed back in relaksacijske metode (12). Glede na to, da je kronična bolečina večrazsežnostna izkušnja, ki vpliva na telesno, fiziološko in socialno vlogo človeka, zahteva multidisciplinarno zdravljenje, kar se predvsem pri starejših premalo poudarja.

Zaključki

Velika večina starejših ljudi trpi bolečine take jakosti, da je motena njihova vsakdanja dejavnost. Pri velikem odstotku starostnikov se bolečina ne zdravi. Bolečina pri starostniku povzroči depresijo, ki lahko pripelje do želje po smrti, do motenj spanja, omejenih socialnih stikov, zmanjšane gibljivosti, do nemira in zmedenosti ali apatije (12).

Vzrokov za nezadostno protibolečinsko zdravljenje je več. Pomembna je ocena bolečine, ki je pri starejših otežena, posebno v primeru starostnikov z izraženo demenco, pri katerih moramo uporabiti dodatne metode ocenjevanja bolečine. Bolečina je pri starejših slabše zdravljena zaradi strahu pred neželenimi učinki zdravil, ki so pri starejših pogostejši in nepredvidljivi. Premalo se uporabljajo nefarmakološki postopki zdravljenja, ki lahko precej zmanjšajo potrebo po analgetikih in s tem tudi njihove stranske učinke. Zavedati se moramo, da bolečina, ki ovira starostnika pri vsakodnevnih dejavnostih, ni normalni del procesa staranja in jo je potrebno zdraviti. Čeprav se multidisciplinarni pristop poudarja predvsem pri zdravljenju mlajših bolnikov, tudi pri starejših lahko precej izboljša rezultate pri zdravljenju bolečine.

Literatura

1. Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10: 591-8.
2. Sengstacken EA, King SA. The problems of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *J Am Geriatric Soc* 1993; 41: 541-4.
3. Won A, Lapane K, Gambassi G et al. Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 936-42.
4. Gloth FM. Principles of perioperative pain management in older adults. *Clin Geriatr Med* 2001; 3: 188-99.
5. Wagner AM, Goodwin M, Campbell B et al. Pain prevalence and pain treatments for residents. *J Am Geriatric Soc* 1993; 41: 541-4.
6. American Geriatric Society (AGS) Panel on persistent pain in older adults. Management of persistent pain in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: S205-S224.
7. Gloth FM. Geriatric pain: factors that limit pain relief and increase complications. *Geriatrics* 2002; 55: 46-54.
8. Freedman GM. Chronic pain: clinical management of common causes of geriatric pain. *Geriatrics* 2002; 57: 36-41.

9. Krčevski-Škvarč N. Doživljanje bolečine pri starostniku. In: 8. seminar o bolečini. Maribor: Splošna bolnišnica, 2004: 15–21.
 10. Gibson SJ, Helme RD. Age differences in pain perception and report: a review of physiological, psychological, laboratory and clinical studies. *Pain Reviews* 1995; 2: 111–37.
 11. Chakour MC, Gibson SJ, Bradbeer M, Helme RD. The effect of age on A-delta and C-fibre thermal pain perception. *Pain* 1996; 64: 143–52.
 12. Gagliese L, Melzack R. Chronic pain in elderly people. *Pain* 1997; 70: 3–14.
 13. Beubler E. Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie. Wien, New York: Springer Verlag, 2003: 72–92.
 14. Graf C, Puntillo K. Pain in older adult in the intensive care unit. *Crit Care Clin* 2003; 19: 749–70.
 15. Lahajnar S. Bolečina zaradi raka pri starostnikih. In: 8. seminar o bolečini. Maribor: Splošna bolnišnica, 2004: 29–35.
 16. Kos-Golja M. Revmatska bolečina pri starostnikih. In: 8. seminar o bolečini. Maribor: Splošna bolnišnica, 2004: 36–46.
 17. Krčevski-Škvarč N. Uporaba opioidnih analgetikov pri starostnikih. In: 8. seminar o bolečini. Maribor: Splošna bolnišnica, 2004: 56–64.
 18. Chibnall JT, Tait RC. Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales. *Pain* 2001; 92: 173–86.
 19. Gagliese L, Melzack R. Age-related differences in the qualities but not the intensity of chronic pain. *Pain* 2003; 104: 597–608.
 20. Stein WM. Pain in the nursing home. *Clin Geriatr Med* 2001; 17: 75–94.
-