

Monografia:

Opieka geriatryczna w Polsce pod red. A.M. Fala, I. Witczak i E. Kuriaty-Kościelniak w 2016r.
Dane bibliograficzne: Monika Wójta-Kempa, Ból społeczny u osób starszych, czy samotność boli?
W: Opieka geriatryczna w Polsce ; red. nauk. Andrzej M. Fal, Izabela Witczak, Ewa Kuriata-Kościelniak; Warszawa : CeDeWu Sp. z o.o., 2016; s.129-146

Monika Wójta-Kempa

Czy samotność boli? Ból społeczny u osób starszych.

Streszczenie

Starość jest cechą biologiczną i społeczną. Zmiany zachodzące w okresie po 65 roku życia są wielowymiarowe i sprzyjają wykluczeniu społecznemu. Utrata możliwości zarobkowania, wdowieństwo, osamotnienie, a także choroby i narastanie dolegliwości bólowych oraz związana z nimi konieczność szukania pomocy są tłem dla występowania bólu społecznego, związanego z poczuciem wykluczenia.

Ból społeczny jest bólem pochodzenia niefizycznego, niezwiązanego z naruszeniem tkanek organizmu, występujący w sytuacji wykluczenia, osamotnienia, zdrady czy utraty bliskiej osoby. Jest uważany za ukształtowany ewolucyjnie, biologiczny i funkcjonalny komponent życia społecznego, podtrzymujący spójność grupy i konformizm jednostek. Dla jednostki ból społeczny i lek przed nim jest siłą motywującą do przestrzegania reguł życia społecznego.

Według niedawnych doniesień z zakresu „social neuroscience” ból społeczny i ból fizyczny mają w ludzkim mózgu tę samą reprezentację. Oba rodzaje bólu są przez ludzi rozróżniane, jednak w eksperymentach z użyciem technik neuroobrazowania mózgu, te same regiony wykazują aktywność w sytuacji testu cieplnego (ból fizyczny), jak i symulacji wykluczenia społecznego w grze z komputerem tzw. Cyberball (ból społeczny). Badania nad podobieństwem i różnicami w zakresie obu rodzajów bólu skupiają się na poszukiwaniu mechanizmów trwałości bólu (ból społeczny pamiętamy dłużej) czy różnic indywidualnych (poczucie własnej wartości, style przywiązani).

Ból fizyczny w populacji geriatrycznej to zjawisko narastające i wymaga stałego nadzoru epidemiologicznego. W działaniach systemu ochrony zdrowia dla osób starszych obserwujemy liczne bariery w diagnostyce i leczeniu bólu wśród seniorów. Może to sprzyjać poczuciu wykluczenia starszych pacjentów z dostępu do najwyższego poziomu opieki. Dodatkowo, niektóre dyskryminujące zachowania personelu medycznego mogą wywoływać u pacjentów ból społeczny.

W kontekście podjętej problematyki do najważniejszych wyzwań polskiego systemu ochrony zdrowia osób starszych należą: promowanie specjalizacji geriatrycznej oraz powołanie specjalizacji Medycyna Bólu. Popularyzacji specjalności geriatrycznej powinno towarzyszyć poszerzenie jej o wiedzę z zakresu psycho- i socjogeriatryi. Rozwój tych dziedzin i włączenie ich w działania personelu medycznego będzie wymagał przeniesienia uwagi na pozamedyczne (nie naprawcze) aspekty pracy ze starszym pacjentem: leczenie i samoleczenie bólu, utrzymywanie i

wzmacnianie „kapitału zdrowia” seniorów i zapobieganiu wykluczeniu społecznemu (bólowi społecznemu).

Celem niniejszego rozdziału jest próba przeniesienia koncepcji bólu społecznego w obszar wieloaspektowej opieki nad seniorami w Polsce. Przybliżając Czytelnikowi wciąż rozwijaną - w oparciu o wyniki badań wykorzystujących techniki neuroobrazowania mózgu - teorię bólu społecznego, a także odwołując się do standardowych badań socjologicznych, Autorka pragnie zwrócić uwagę na niedostatki w profesjonalnej opiece geriatrycznej w Polsce. Ukazanie badań ilustrujących problem dyskryminacji osób starszych w placówkach medycznych oraz zjawisko (nie)leczenia bólu fizycznego w populacji geriatrycznej powinno stać się źródłem inspiracji dla wszystkich podmiotów medycznych oferujących opiekę dla osobom starszym.

Starość jako cecha społeczna

O starości mówi się, że jest nie tylko cechą kondycji zdrowotnej organizmu biologicznego, ale też cechą społeczną, która wyznacza system wartości jednostki, realizowane przez nią zachowania, a także status tej jednostki w grupie. Wynika to z obniżenia wydolności organizmu, niezdolności do pracy, utraty zdrowia, a także obniżenia atrakcyjności ekonomicznej i społecznej. Profesor Beata Tobiasz- Adamczyk, socjolog i gerontolog, do najważniejszych zagrożeń starości zalicza samotność i izolację starszych osób¹. Trudna sytuacja osób starszych może także wynikać z przemocy wobec osób starszych oraz stereotypowych wyobrażeń na temat starości, wywołujących zjawiska stygmatyzacji, dyskryminacji i wykluczenia społecznego.

Do najważniejszych charakterystyk starości jako cechy społecznej zalicza się obecnie: długowieczność, feminizację i singularyzację². Cechy te składają się na wystąpienie ryzyka osamotnienia i izolacji społecznej osób starszych. Wydłużanie się czasu trwania życia ludzkiego wywołuje szereg problemów społecznych, ekonomicznych i medycznych. W sensie społecznym starzenie się członków rodziny powoduje konieczność zorganizowania opieki pozamedycznej dla osób, które w wyniku postępów choroby, wielochorobowości lub niepełnosprawności nie są samodzielne. Osoby starsze muszą polegać wyłącznie na własnej rodzinie lub na kręgu najbliższych znajomych, sąsiadów i często taka pomoc nadchodzi zbyt rzadko, niewspółmiernie do potrzeb. Jest to jedna z przyczyn osamotnienia osób starszych, szczególnie tych, których sprawność fizyczna i umysłowa uległa znacznej degradacji. Takie osoby nie wychodzą z domu z obawy przed upadkiem, kradzieżą, bądź po prostu ze wstydu związanego z wyglądem, brakiem uzębienia, niedołążnością. W efekcie seniorzy redukują swoje potrzeby do minimum przeżycia, wchodząc na drogę do wykluczenia społecznego.

W najtrudniejszej sytuacji są osoby, które nie posiadają dzieci. Według GUS 3,4% osób w wieku 70-79 lat oraz 2,6% osób w wieku 80 i więcej lat nie ma żadnej osoby bliskiej, która mogłaby udzielić jej wsparcia. W przypadku osób z niepełnosprawnych odsetek ten wzrasta do

¹ Tobiasz-Adamczyk B., Brzyska M., Wybrane aspekty socjologiczne wieku starszego, Świat Problemów nr 2011 nr 11, s.5-9, http://www.swiatproblemow.pl/2011_11_1.html

² Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Projekt badawczy zamawiany PBZ-MEN-9/2/2006, Poznań 2012, s.18. <http://212.87.21.2/polsenior/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/monografiaPolSenior.pdf>

3,6%³. W sytuacji niskich emerytur często nie jest możliwy zakup odpłatnej opieki pozamedycznej.

Kolejną cechą wywołującą samotność wśród starszych osób jest utrata małżonka. Szacuje się, że w odsetek osób starszych prowadzących samotnie gospodarstwo domowe wynosi pomiędzy 17-27% populacji osób po 65 roku życia⁴. Około 16% mężczyzn i aż 58% kobiet powyżej 65 roku życia to wdowcy lub wdowy⁵. W związku z problemem nadumieralności mężczyzn, mamy w Polsce wiele tysięcy wdów, które samotnie prowadzą gospodarstwo domowe (singularyzacja), dysponując niską emeryturą (w porównaniu do emerytury mężczyzn). Feminizacja starości jest zjawiskiem występującym na szeroką skalę we wszystkich starzejących się społeczeństwach. W Polsce przyjmuje ona jednak często postać zagospodarowania czasu wolnego samotnych starszych kobiet na rzecz prac domowych i gospodarskich, a także opieki nad wnukami. Młodsze pokolenia chętnie korzystają z usług „babci – instytucji opiekuńczej”. W rezultacie kobietom nie pozostaje wiele czasu, ani na zadbanie o stan zdrowia, odpoczynek, a tym bardziej o relacje społeczne i towarzyskie. W niektórych regionach powtórne małżeństwo kobiet-babć jest nieakceptowane i traktowane w kategoriach moralnych. Badania nad osobami starszymi wciąż potwierdzają fakt, że powtórny ożenek wdowca jest lepiej przyjmowany przez rodzinę niż ponowne zamążpójście „babci”. Singularyzacja i osamotnienie starszych mężczyzn są częściej krótkotrwałe i w związku z tym nie wywołuje konsekwencji zdrowotnych.

Podsumowując, wiele osób z biegiem czasu uświadamia sobie, że w ramach tzw. starości następują niełatwe do zaakceptowania zmiany w sytuacji człowieka. Wśród najczęściej występujących kryzysów, z jakimi seniorzy zmierzają się wchodząc w nowy okres życia są:

- utrata zdrowia, kondycji i atrakcyjności fizycznej oraz niepełnosprawność (choroby narządów ruchu, zmiany zwyrodnieniowe stawów)
- ból towarzyszący zwyrodnieniom, niedożywności i chorobom (ból stawów i kończyn, zespoły bólowe);
- utrata bliskich osób (wdowieństwo, opuszczenie domu przez ostatnie dziecko);
- utrata statusu społecznego i ekonomicznego (niska emerytura);
- utrata poczucia przydatności i prestiżu;
- zbliżająca się perspektywę śmierci, nieodwracalne zmiany;
- zmiana miejsca zamieszkania i środowiska⁶.

Każda z wymienionych sytuacji sprzyja poczuciu wykluczenia z dotychczasowego stylu życia i grup uczestnictwa. Konstelacja takich czynników prowadzi niejednokrotnie do poczucia osamotnienia, braku wsparcia, a nawet doświadczenia wykluczenia i dyskryminacji, również w obszarze usług zdrowotnych. Wymienione wyżej kryzysy w starości będą mnie interesować jako tło rozważań dotyczących zjawiska bólu społecznego (*social pain*), którego istotę i mechanizmy szerzej opisałam w innym tekście⁷.

³ Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., *Aspekty medyczne...*, op.cit. s.452

⁴ Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., *Aspekty medyczne ...*, s. 446.

⁵ *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski światła prognozy na lata 2014-2050*, GUS, 2014.

⁶ B. Szatur-Jaworska., P. Błędowski., M. Dziągiewska., *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa 2006, s.72

⁷ Wójta-Kempa M., Taranowicz I., *Ból społeczny* [w] Krzyżanowski D., Payne M., Fal A.M. (red.), *Ból i cierpienie – ujęcie interdyscyplinarne. Życie godnie do końca*, Wrocław 2013, 247-266. .

Ból społeczny definicja

Chodzi tu o taki rodzaj bólu niefizycznego, który nie jest wywołany czynnikiem „mechanicznym”, takim jak zranienie, uszkodzenie ciała, tkanek czy narządów wewnętrznych. Istotą bólu społecznego jest pojawianie się go w sytuacji wykluczenia jednostki z grupy bądź zagrożenia takim wykluczeniem. Według psychoneurologów⁸ ból społeczny jest ewolucyjnie ukształtowanym elementem systemu zabezpieczającego jednostkę przed rozłąką ze stadem, a jego funkcją jest zapobieganie oddzieleniu od grupy i dlatego pojawia się on w sytuacji ekсклюzy społecznej, odrzucenia, zdrady lub śmierci bliskiej osoby. Jednostki opisują go jako pochodzący ze „złamanego serca” („broken heart”), „wyrwanego serca” bądź poczucia „zranienia”. Ilustracje lingwistyczne bólu społecznego znajdujemy w wielu językach.

Ból społeczny i unikanie go jest czynnikiem, dzięki któremu jednostki nie oddalają się od grupy. Młode osobniki uczą się unikania nieprzyjemnych doświadczeń bólu społecznego podobnie jak bólu fizycznego: poprzez powstrzymywanie się od zachowań do niego prowadzących, np. unikanie bliskości ognia, a w przypadku relacji społecznych – nieoddalania się od dorosłych osobników czy łamania norm społecznych. Przestrzeganie reguł życia społecznego i zachowania konformistyczne to sposób na pozostanie w grupie i zaspokojenie potrzeb, a ból społeczny i lęk przed nim to jeden z elementów mechanizmu więzi społecznej. Ból społeczny jest przez badaczy określany jako biologiczny, funkcjonalny komponent życia społecznego: umożliwia spójność grupy, a jego brak jest tragiczny w skutkach dla jednostki.

Niedawne odkrycia z zakresu psychoneurologii ilustrują tezę, że ból fizyczny i społeczny mają w ludzkim mózgu podobną reprezentację⁹. Nawet samo oglądanie zdjęć byłych partnerów, którzy zdecydowali się niegdyś zerwać związek, aktywuje te same obszary mózgu, które wcześniej zaobserwowano w teście bólu fizycznego. Wykorzystanie technik neuroobrazowania mózgu w wielu eksperymentach pozwoliło na poparcie hipotezy o połączonym systemie odczuwania bólu fizycznego i społecznego. Badania z włączeniem różnych typów leków przeciwbólowych i antydepresyjnych wykazały możliwość łagodzenia zarówno bólu fizycznego, jak i społecznego.

Mimo podobnych neuronalnych mechanizmów doświadczania bólu społecznego i fizycznego dowiedziono, iż ból społeczny jest mocniej i na dłużej zapamiętywany. Uczestnicy badań, którzy wspominali przeżyty wcześniej ból fizyczny, nie potrafili przypomnieć sobie poziomu bólu ani tym bardziej nie umieli „przeżyć” (relived) go ponownie w warunkach eksperymentu¹⁰. Podobne są doświadczenia kobiet po porodzie, które najczęściej „zapominają” o bólu niedługo po urodzeniu dziecka. Zwykło się takie opinie tłumaczyć „nagrodą” w postaci dziecka. Z bólem społecznym jest jednak inaczej. Jak twierdzi N. Eisenberger, „przeżywanie” bólu po rozstaniu (zdradzie, śmierci, wykluczeniu z grupy) angażuje grzbietowo-przyśrodkową korę przedczołową (DMPFC – dorsomedial prefrontal cortex), odpowiedzialną za procesy

⁸ Social Pain: Neuropsychological and Health Implications Of Loss and Exclusion, red. G. MacDonald, L.A., Jensen-Campbell, Washington :APA Books, 2011.

⁹ Eisenberger N.I., *Broken Hearts and Broken Bones: A Neural Perspective on the Similarities between social and physical pain*, „Current Directions in Psychological Science” 2012, t. 21(1), s. 42-47. oraz Eisenberger N.I., *The Neural Bases of Social Pain: Evidence for Shared Representations with Physical Pain*, „Psychosomatic Medicine”, 2012, t. 74(2): 126–135.

¹⁰ Meyer M.L., Williams K.D., Eisenberger N.I., *Why social pain can live on: different neural mechanisms are associated with reliving social and physical pain*, 2015, PLoS ONE 10(6): e0128294. doi:10.1371/journal.pone.0128294

przetwarzania informacji i hamowania emocji, dostosowywania zachowania do sytuacji oraz powstrzymywania się od zachowań niepożądanych. Afektywny komponent systemu przewodzenia bólu, uaktywniany w trakcie bolesnego rozstania (social event), w jakiś sposób sprawia, że ból społeczny potrafimy nie tylko przypomnieć sobie po czasie, ale także przeżywać go w sposób niewiele mniej bolesny, jak tuż po jego zaistnieniu. Podobnie, wyobrażanie sobie bólu społecznego, który mógłby wystąpić w przyszłości powoduje silniejszą reakcję neurofizjologiczną niż w przypadku wyobrażania sobie bólu fizycznego¹¹.

Dowiedziano także, że ból społeczny jest odczuwany mocniej, jeśli osoba doświadczająca bólu jest przekonana, iż została świadomie zraniona.

Teoria wspólnego neuronalnego obiegu bólu fizycznego i społecznego wyjaśnia, że wykluczenie społeczne jest odczuwane na poziomie czuciowym systemu detekcji bólu i dlatego mózg reaguje natychmiast. Pojawiają się reakcje fizjologiczne (pocenie się, drżenie rąk towarzyszące poczuciu zagrożenia), zaburzenia poznawcze, a także zachowania agresywne i/lub autoagresywne oraz zaburzenia samokontroli. Uczestnicy eksperymentu, którym zasugerowano, iż nikt z grupy nie chce z nimi pracować, zjedli więcej ciastek w porównaniu z uczestnikami, którym powiedziano, iż są dla innych atrakcyjnymi współpracownikami¹². Ból społeczny może powodować inicjowanie zachowań szkodliwych, (np. autoagresywnych, niesprzyjających zdrowiu), a które jeszcze bardziej wplątują jednostkę w sieć negatywnych ocen i reakcji ze strony innych osób. Osoby doświadczające poczucia wykluczenia często prezentują zachowania agresywne, nie tylko w odniesieniu do grupy/ osoby wykluczającej, ale nawet wobec osób neutralnych¹³.

Wykluczenie czy odrzucenie nie zawsze wywołuje silne doznania od razu. Badania pokazały, że osoby wykluczone (w trakcie eksperymentu) nie czują silnego przypiętyu negatywnych odczuć. Jest to raczej stan poznawczej dekonstrukcji (state of cognitive deconstruction), opisywany w kategoriach odrętwienia emocjonalnego, braku poczucia czasu („zawieszenia w czasie”), poczucia bezsensowności działania, letargu czy braku motywacji do obrony (emotional numbness, an altered perception of time, thoughts of meaninglessness, lrturgy and avoidance of self-focused attention)¹⁴. Taki stan upośledza również samokontrolę. „Znieczulenie” działa jednak krótko i ból społeczny pojawia się.

W dalszych badaniach zauważono również, że osoby reprezentujące lękowy styl przywiązania są mniej odporne na ból społeczny. Lęk przed odrzuceniem i poczucie odrzucenia intensyfikują działalność struktur mózgu odpowiedzialnych za odczuwanie bólu (zgodnie z teorią wspólnego obiegu neuronalnego bólu fizycznego i społecznego, tj. dACC oraz insula cortex)¹⁵. Innym indywidualnym czynnikiem wpływającym na podatność na ból społeczny jest

¹¹ Chen Z., Williams K., *Imagined future social pain hurts more now than imagine future physical pain*, "European Journal of Social Psychology", 2012, t. 42, s. 314-7, doi:10.1002/ejsp.1861

¹² Baumeister R.F., DeWall C.N., Ciarocco N.J. & Twenge J.M., *Social exclusion impairs self-regulation*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 2005, t. 88(4), s. 589-604.

¹³ DeWall, C. N. , MacDonald, G. , Webster , G. D. , Masten, C. , Baumeister , R. F. , Powell , C. , et al . *Acetaminophen reduces social pain: Behavioral and neural evidence* , "Psychological Science " , 2010, t. 21 , 931-937.

¹⁴ Baumeister R.F., *Suicide as escape from the self*, *Psychological Review*, 1990, t. 97, (1), p. 90-113.

¹⁵ DeWall C.N., Masten C.L., Powell C., Combs D., Schurtz D.R., Eisenberger N.I., *Do neural responses to rejection depend on attachment style? An fMRI study*, "Social Cognitive & Affective Neuroscience", 2012, t. 7(2), s.184-192 (first published online April 2011; doi:10.1093/scan/nsq107Advance Access.

poziom samooceny. W symulowanych eksperymentalnie sytuacjach społecznej ekskluzji osoby z niższym poczuciem własnej wartości doświadczały silniejszego poczucia odrzucenia (ból społeczny) niż osoby o wyższej samoocenie¹⁶. Wykazano także, że umiejętność rozróżniania emocji (capacity for identifying and describing emotional experiences) osłabia poczucie wykluczenia i – co ciekawe - chroni przed szkodzącymi (maladaptive) strategiami radzenia sobie w sytuacji bólu społecznego, takimi jak np. pocieszanie się alkoholem¹⁷.

Nie ulega wątpliwości, iż biologicznie czy społecznie rozumiana starość to sytuacja, w której wystąpienie zarówno bólu fizycznego, jak i społecznego jest bardzo prawdopodobne. Niezależnie od kondycji fizycznej organizmu (na który zgodnie z teorią Lalonda mamy przecież wpływ), zmiana sytuacji społecznej jest zazwyczaj niezwykle wyraźna i odczuwalna. Przejście na emeryturę, zmniejszenie dochodów oraz (ewentualna) utrata życiowego partnera czy przyjaciół to każdorazowo wykluczenie z jakiejś grupy: pracowniczej, konsumenckiej, rodzinnej itd. W literaturze spotykamy wiele opracowań dotyczących samego wykluczenia i trudnej sytuacji społecznej seniorów, brakuje jednak pogłębionych nowoczesnych analiz (na wzór badań Eisenberger, DeWalla i innych), którzy dzięki technikom obrazowania mózgu pogłębiliby wiedzę o społecznej ekskluzji osób starszych.

Ból fizyczny a ból społeczny

Reakcje spowodowane bólem społecznym są niemal identyczne jak w przypadku bólu fizycznego. Jak zauważamy, cierpienia fizyczne sprzyjają zachowaniom introwertycznym, wycofywaniu się z szerszych relacji społecznych i odczuciu niepokoju w sytuacjach społecznych („Czy uda mi się wytrzymać ból?”). Ból fizyczny może być zatem samoistnym generatorem poczucia osamotnienia i wykluczenia. Związki pomiędzy bólem fizycznym i społecznym mogą być jednak jeszcze silniejsze.

Jak podaje Pond i wsp.¹⁸, powołując się na eksperymenty wykorzystujące techniki neuroobrazowania mózgu: jeśli doświadczanie społecznej ekskluzji jest wyjątkowo silne, może powodować włączenie czuciowego (sensory) komponentu systemu detekcji bólu. Jak już wspomniałam, teoria nakładania się bólu fizycznego i społecznego opiera się na założeniu, że ból społeczny inicjowany jest przez komponent afektywny. Jeśli silny ból społeczny miałby ten sam mechanizm co ból fizyczny, powinny na niego zadziałać leki analgetyczne. W badaniach tych wykorzystywano popularne leki przeciwbólowe dostępne bez recepty, zawierające paracetamol¹⁹, które zmniejszały aktywność mózgu w rejonach aktywowanych w czasie sytuacji wykluczenia społecznego (interaktywnej gry z komputerem, tzw. Cyberball). Niejednokrotnie

¹⁶ Onoda K., Okamoto Y., Nakashim K., Nittono H., Yoshimura S., Yamawaki S., Yamaguchi S., Ura M., *Does low self-esteem enhance social pain? The relationship between trait self-esteem and anterior cingulate cortex activation induced by ostracism*, “Social Cognitive & Affective Neuroscience”, 2010, t. 5, no 4, p.385-391.

¹⁷ DeWall C.N., Masten C.L., Powell C., Combs D., Schurtz D.R., Eisenberger N.I., *Do neural responses to rejection depend on attachment style? An fMRI study*, “Social Cognitive & Affective Neuroscience”, 2012, t. 7(2), s.184-192 (first published online April 2011; doi:10.1093/scan/nsq107Advance Access.

¹⁸ Pond R. Jr., Richman S., Chester D. and DeWalla N., *Social Pain and the Brain: How Insights from Neuroimaging Advance the Study of Social Rejection*, “Advanced Brain Neuroimaging Topics in Health and Disease - Methods and Applications”, Ms. Danijela Duric (Ed.), ISBN: 978-953-51-1203-7, InTech, DOI: 10.5772/58271., p. 638.

¹⁹ DeWalla, C. N. , MacDonald, G. , Webster, G. D. , Masten, C. , Baumeister, R. F. , Powell, C. , et al . *Acetaminophen reduces social pain: Behavioral and neural evidence* , “Psychological Science ”, 2010, t. 21 , 931-937.

udowodniono również, że wsparcie społeczne może redukować odczucie bólu fizycznego²⁰, jak i w naturalny sposób zmniejszać poczucie wykluczenia społecznego.

W niniejszym opracowaniu przyjmuje się definicję **International Association for the Study of Pain,(IASP) według której uznaje się, że ból to nieprzyjemne, zmysłowe i emocjonalne doświadczenie związane z rzeczywistym bądź potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywanym w kategoriach takiego uszkodzenia. W myśl tej definicji przyjmuje się, że jeśli pacjent deklaruje odczucia bólu i wyraża to w kategoriach adekwatnych do bólu spowodowanego uszkodzeniem tkanek, jego ból jest realny.** Definicja ta z powodzeniem może być wykorzystana do analiz zjawiska bólu społecznego.

Ból fizyczny wśród osób starszych

Wraz z powiększaniem się populacji geriatrycznej ból będzie stawał się coraz ważniejszym problemem dla zdrowia publicznego i medycyny w wielu krajach. Coraz silniejsza jest też potrzeba badań i opracowań dotyczących epidemiologii i leczenia bólu fizycznego.

Im starszy organizm, tym więcej deficytów i jednocześnie mniej możliwości autonaprawy. Opracowania merytoryczne²¹ dostarczają potwierdzenia obserwacji, iż u osób w wieku podeszłym wzrasta częstotliwość występowania bólu fizycznego oraz zależne od wieku umiejscowienie bólu. Przy tzw. wielochorobowości występuje więcej niż jedna lokalizacja i różne rodzaje bólu. Osoby w wieku podeszłym świadome są zwiększonej częstości występowania schorzeń związanych z bólem, co wiąże się z wypatrywaniem pierwszych silnych, uniemożliwiających normalne funkcjonowanie sygnałów bólowych (ból oczekiwany, który może być spostrzegany jako silniejszy bodziec niż ból, którego się nie spodziewamy). Lęk i depresja należą do najczęstszych odpowiedzi na ból, przy jednoczesnych chorobach współistniejących.

Mimo iż dostępne dane sugerują, iż co druga osoba w podeszłym wieku cierpi na ból przewlekły, brakuje stałego monitoringu epidemiologicznego. Dane gromadzone w nielicznych projektach badawczych dedykowanych osobom starszym wskazują, że kobiety częściej zgłaszają dolegliwości bólowe w każdej grupie wiekowej (wśród kobiet w różnych grupach o przewlekłym bólu zgłasza od 44,7% do 51,7%, wśród mężczyzn ból zgłasza 30-38% grupy objętej badaniem, Wykres 1.)²². Raportowany w skali VAS poziom bólu to średnio 6.51 pkt dla kobiet i 5,85 pkt wśród mężczyzn. Na bóle przewlekłe skarżą się częściej osoby stanu wolnego (niezamężni, wdowcy i rozwiedzeni) w porównaniu z osobami żyjącymi w związkach małżeńskich. Szczególnie widoczne jest to wśród osób po 80 roku życia (44,4% vs 39,2%). Częstość występowania bólu przewlekłego u osób mieszkających samotnie nieznacznie różniła się w porównaniu z osobami zamieszkującymi z rodziną (45% vs 41%). Dane te pośrednio wspierają tezę o wspólnym neuronalnym obiegu bólu fizycznego i społecznego. Osoby wrażliwsze na ból społeczny

²⁰ Cyt za: Pond R., Jr., Richman S., Chester D. and DeWall N, ibid.

²¹ Evidence-based clinical practice guidelines on management of pain in older people, Editorials, "Age and Ageing", 2013 t. 42, s. 151–153; Kozak-Szkopek E. i in., *Analiza występowania bólu przewlekłego u osób starszych w Polsce*, [w] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, Poznań 2012, s.18.. Projekt badawczy zamawiany PBZ-MEN-9/2/2006., Polsenior 2012, s. 295-306.

<http://212.87.21.2/polsenior/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/monografiaPolSenior.pdf>

²² Tamże: s. 298.

wykazują też niższy próg bólu fizycznego²³. Jest to jedna z konsekwencji nakładającego się neuronalnego mechanizmu bólu fizycznego i społecznego²⁴.

Najczęstszą lokalizacją bólu zgłaszaną przez seniorów to bóle okolicy krzyżowej oraz bóle kończyn (Wykres2). Niemal 70% badanych deklaruje więcej niż jedno miejsce bólowe. W populacji geriatrycznej występują także bóle neuropatyczne (neuralgia popółpaścowa, neuropatia cukrzycowa czy neuralgia nerwu trójdzielnego) i dysfunkcyjne (jak przy fibromialgii lub zespole jelita nadwrażliwego)²⁵.

Osoby z bólem przewlekłym przyjmują statystycznie więcej leków niż osoby niezgłaszające takiej dolegliwości (średnio 5,74 vs 4,7; $p < 0,05$), zarówno recepturowych, jaki i wydawanych bez recepty. 11,2% osób zgłaszających ból przewlekły przyjmowało leki przeciwbólowe (vs 4,8% osób bez chronicznego bólu), zaś 4,9% z nich przyjmowało leki antydepresyjne (vs 3,2% wśród osób bez bólu). Takie osoby częściej też korzystają z porad lekarskich.

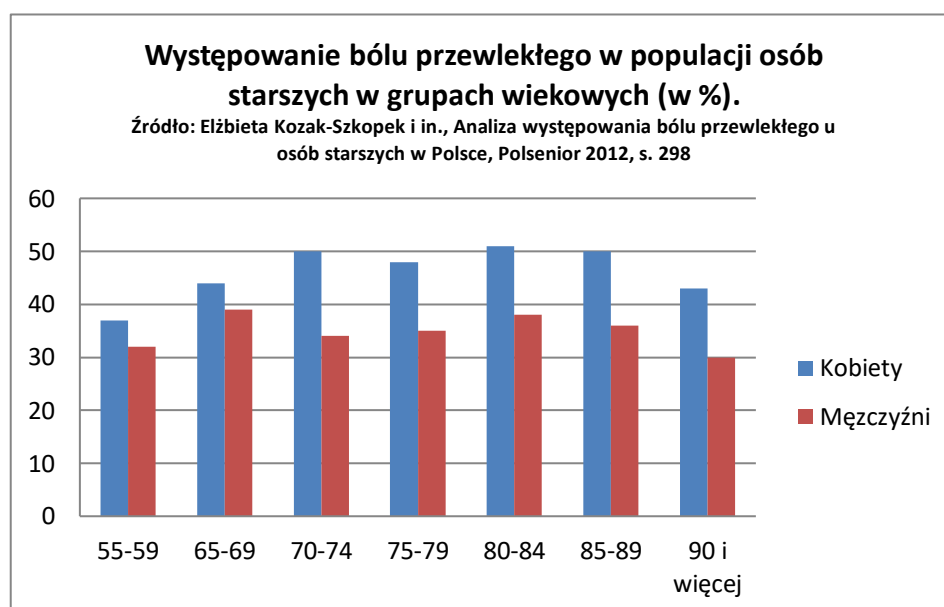


Tabela 1. Występowanie bólu przewlekłego w populacji osób starszych w grupach wiekowych (w %).
 Opracowanie własne na podstawie: Elżbieta Kozak-Szkopek i in., Analiza występowania bólu przewlekłego u osób starszych w Polsce, Polsenior 2012, s. 298

²³ Eisenberger N.I., *The Neural Bases of Social Pain: Evidence for Shared Representations with Physical Pain*, "Psychosomatic Medicine", 2012, t. 74(2): 126–135.

²⁴ Eisenberger N.I., *Social Pain and the Brain: Controversies, Questions, and Where to Go from Here* "The Annual Review of Psychology", 2015.66:601-629. Downloaded from www.annualreviews.org .Access provided by University of California - Los Angeles – UCLA. <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/46104.pdf>,

²⁵ <http://e.pulsmedycyny.pl/3825426,35311,mozna-bezpiecznie-leczyc-bol-u-osob-starszych>

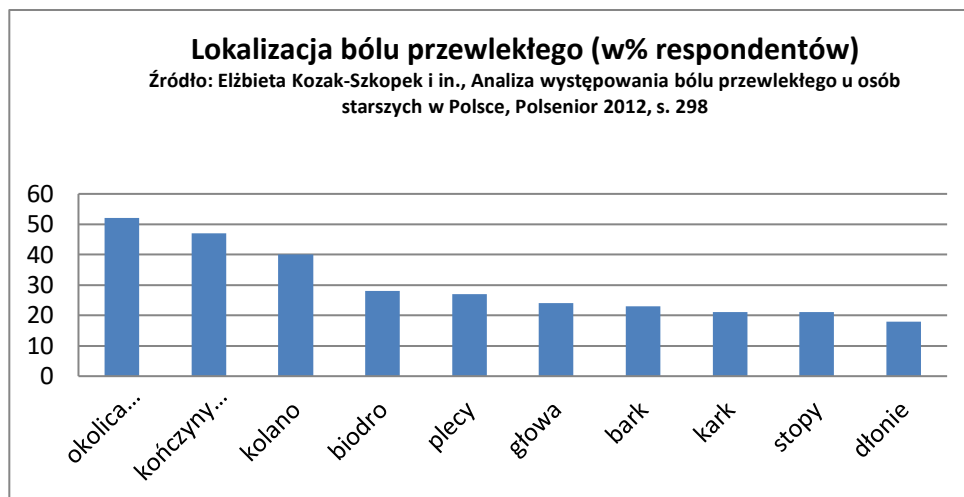


Tabela 2. Lokalizacja bólu przewlekłego (w% respondentów) .

Opracowanie własne na podstawie: Elżbieta Kozak-Szkopek i in., Analiza występowania bólu przewlekłego u osób starszych w Polsce, Polsenior 2012, s. 298

Mechanizm bólu u osób starszych przebiega nieco odmiennie niż u młodszych: zmianom morfologicznym, elektrofizjologicznym i neurochemicznym, które upośledzają przewodnictwo sygnału bólowego, towarzyszy zmniejszenie wydolności endogennych układów hamujących. W efekcie **nie obserwuje** się w wieku podeszłym wyraźnych zmian wrażliwości na bodźce bólowe (wiek nie działa jak analgetyk). Istnieje jednak obawa, że ból jest zbyt pochopnie lekceważonym objawem u osób w wieku podeszłym ²⁶.

Podeszły wiek w nieznanym stopniu wpływa na percepcję bólu: wyraźniej natomiast wpływa na zmniejszenie znaczenia przypisywanego dolegliwościom bólowym o niezbyt dużym stopniu natężenia. Można to wyjaśnić przekonaniem samych chorych, którzy uważają ból za nieodłączny element procesu starzenia się. W relacjach społecznych definiuje się to jako sytuację „A czego ty byś chciał? Przecież się starzejesz!”

Osoby w wieku podeszłym wykazują też zwiększoną **skłonność do zachowań bólowych** oraz rozmów dotyczących ich bólu. Wynikać to może z osamotnienia i wyizolowania, ale również z **niewłaściwego leczenia bólu**. W takich przypadkach korzystne jest wyjaśnienie choremu psychologicznych mechanizmów bólu.

Można zaobserwować odmiennie zachowania osób w wieku podeszłym niż ludzi młodych : osoby starsze częściej szukają **pomocy u lekarza**. Niewłaściwe podejście lekarza do problemu bólu u starszego pacjenta może nasilać nie tylko ból fizyczny, ale i ból społeczny, wynikający z poczucia odrzucenia bądź lekceważenia ich problemu. Według Szukalskiego definiując pojęcie ageizmu w opiece zdrowotnej należy dostrzec różnicę pomiędzy „uczynkami”, a „zaniedbaniami”. Do „uczynków,, zlicza się: niezapewnienie świadczeń medycznych osobom starszym, ograniczenie dostępu do badań i programów profilaktycznych (szczególnie pacjentom powyżej 75. roku życia), niejasność przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta starszego oraz nieczytelność ulotek informacyjnych dotyczących leków, problem z otrzymaniem

²⁶ Gignac M.A. et al., „What do you expect? You're just getting older”: A comparison of perceived osteoarthritis-related and aging-related health experiences in middle- and older-age adults, „Arthritis & Rheumatology”, 2006, t.55 (6), s. 905-12.

protez lub sprzętu rehabilitacyjnego. Zaniedbania z kolei to brak systemowej opieki geriatrycznej nad starszymi pacjentami, niedbałość diagnostyczna oraz brak dziennych oddziałów diagnostyczno-leczniczych i zinstytucjonalizowanych form opieki domowej²⁷.

Pomimo iż Art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia osobom w podeszłym wieku szczególną opiekę zdrowotną, jednak seniorzy zwracają uwagę na niewłaściwe traktowanie ich w placówkach ochrony zdrowia. Według badań TNS OBOP, przeprowadzonego na potrzeby kampanii „Rozmowy o czasie”, tylko co drugi pacjent powyżej 55. roku życia uważa, że lekarz pracujący w ramach publicznej służby zdrowia poświęca mu podczas wizyty wystarczającą ilość czasu. Co trzeciej badanej osobie w tej kategorii wiekowej wydaje się, że lekarz nie chciał skierować jej na badania lub zabieg, który – zdaniem ankietowanego - był potrzebny²⁸. Co 20 badanemu zdarzyło się, że lekarz odmówił leczenia ze względu na wiek. 25% tych przypadków dotyczyło to lekarza onkologa²⁹

Osoby starsze nie są informowane o stanie swojego zdrowia, różnych wariantach leczenia i zdarza się, że są dyskryminowani w dostępie do kosztownych terapii. Nie mają sił i środków, by szukać pomocy np. onkologicznej w różnych regionach kraju. Miejsce zamieszkania osób starszych ogranicza dostęp do nowoczesnych i efektywnych terapii. Zdarza się też, że są leczeni w sposób, który w ich sytuacji nie jest skuteczny³⁰. Często wyłącza się z badań klinicznych osoby po 60 roku życia, co utrudnia dostęp do najnowocześniejszych metod leczenia. Za przejaw dyskryminacji można również uznać sytuację braku dostępu do usług geriatrów, którzy mogą skutecznie leczyć seniorów, proponując kompleksową, tańszą terapię.

W swojej pracy doktorskiej Sylwia Kropińska analizowała przejawy praktyk dyskryminacyjnych w obszarze usług zdrowotnych³¹. Wśród 350 pacjentów (próba nielosowa, średnia wieku 73,1 lat) co szósta osoba (14,9%) przyznała, że odczuła dyskryminującą postawę personelu w placówkach ochrony zdrowia. Pacjenci najczęściej wskazywali lekarza (75%) i (nieporównywalnie rzadziej) pielęgniarkę (23,1%). W innych przypadkach był to: pracownik rejestracji (11,5%), fizjoterapeuta (3,8%), analityk (1,9%). Przejawami dyskryminacji były brak koncentracji uwagi na problemach starszego pacjenta i lekceważenie, brak wyjaśnień dotyczących stanu zdrowia lub wyjaśnianie ich w sposób niezrozumiały. Lekarz nie słuchał informacji pochodzących od pacjentów, co mogło mieć zdaniem badanych wpływ na postawioną diagnozę i leczenie. Pacjenci raportowali, że ból był objawem traktowanym lekceważąco i wyjaśnianym jedynie przez zaawansowany wiek pacjenta („*musi Pani pogodzić się z bólem*”). Jako przykład dyskryminacji respondenci podawali również argumentowaną wiekiem chorego odmowę wydania skierowywania na badania diagnostyczne, obuwi ortopedyczne, zabiegi lub operacje. Dyskryminująca postawa pielęgniarek polegała z kolei na

²⁷ Szukalski P. Ageizm – przyczyny, przejawy, konsekwencje [w] Kowalewski T., Szukalski P. (red.), Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego 2008: 153-184, <http://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/3607/7.%20Szukalski.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

²⁸ http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/11716?print_doc_id=94360

²⁹ http://konkurs.kampaniespoleczne.pl/kk_files/Rozmowy_o_czasie_broszura_2.pdf

³⁰ *Stop dyskryminacji osób starszych chorych na nowotwory w dostępie do leczenia*, Polska Unia Onkologii, <http://www.puo.pl/publikacje/artykuly/stop-dyskryminacji-osob-starszych-chorych-na-nowotwory-w-dostepie-doleczenia>http://konkurs.kampaniespoleczne.pl/kk_kampanie.php?edycja=2011&kk_id=348&kk_kat=5&action=szczegoly

³¹ Kropińska S., *Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w polskim systemie ochrony zdrowia*, praca doktorska, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu Katedra Geriatrii i Gerontologii, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/298683/index.pdf>

agresywnych reakcjach na prośby pacjentów bądź ich ignorowaniu, a także na nieprzychylniej komunikacji demonstrowanej w trakcie czynności pielęgnacyjnych („*podnieś nogę, daj rękę*”).

W badaniu PolSenior zauważono, iż 7/10 osób w wieku podeszłym z bólem przewlekłym nie korzystało z zabiegów rehabilitacyjnych, a zdecydowanie częściej otrzymywały takie świadczenia osoby w okresie wczesnej starości. Najstarsi pacjenci z bólem mogą być zatem wykluczeni z takich form terapii (PolSenior, s 305). Istnieje zatem silna potrzeba rozwijania usług rehabilitacyjnych dedykowanych szczególnie najstarszym pacjentom bólowym. W dużym stopniu taka fizjoterapia może zapobiegać niepełnosprawności i wykluczeniu.

Autorzy raportu PolSenior podkreślają, jak ważny jest rozwój opieki nad pacjentem z bólem, w szczególności w ramach kontaktu z lekarzem rodzinnym. Kompleksowa diagnostyka z całościową oceną geriatryczną i właściwa farmakoterapia to filary skutecznego leczenia bólu i włączenia pacjenta w kontrolę nad nim. System usług rehabilitacyjnych skierowanych do najstarszych chorych z bólem przewlekłym jest najlepszym sposobem zapobiegania niepełnosprawności i wykluczeniu społecznemu.

Spośród wielu zachowań dyskryminujących starszych pacjentów najbardziej niepokojącym jest lekceważenie monitorowania bólu i brak jego leczenia. Obecna wśród lekarzy i pielęgniarek zasada: „Ból jako piąty parametr życiowy” nie jest realizowana w praktyce. W dobie skutecznego uśmierzenia bólu to przekonanie nie jest jednak tak pieczołowicie monitorowane jak inne życiowe parametry. Wieloletnie ignorowanie objawów bólowych u osób starszych odbywa się na zasadzie: „Jak boli to żyje”. W licznych wystąpieniach do Ministra Zdrowia organizacje zrzeszające pacjentów, Rzecznik Praw Obywatelskich, Helsińska Fundacja Praw Człowieka oraz towarzystwa naukowe podnoszą, iż **dostępność do skutecznego leczenia bólu jest w Polsce daleko niezadowalająca**³², a polscy pacjenci niepotrzebnie cierpią ból, który można byłoby w sposób skuteczny uśmierzyć stosując dostępne współczesnej medycynie, bezpieczne technologie lekowe.

Polska jest jednym z krajów o niskim zużyciu leków opioidowych. Brakuje też systemu kontroli jakości leczenia bólu, co wydaje się wynikać z nieznajdującej uzasadnienia w dowodach naukowych nadmiernej obawy lekarzy przed wywołaniem jatrogennego uzależnienia. Ostatnio zniesiono też rozróżnienie typu przepisywanych środków przeciwbólowych wg koloru recept. Poprzednia praktyka stygmatyzowała pacjentów, którym przepisywano leki opioidowe, a którzy niechętnie je wykupowali³³ w obawie przed stygmatyzacją społeczną.

Warto w tym miejscu wspomnieć, iż do najważniejszych skutków nieleczenia bólu fizycznego u pacjentów należy zaliczyć zarówno efekty kliniczne, jak i pozakliniczne (Tabela 3).

³² <http://www.zdrowie.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/fundacja-helsinska-apeluje-o-poprawe-dostepu-do-terapii-przeciwbolowej> oraz

³³ <http://www.rynekzdrowia.pl/Leczenie-Bolu/Terapia-przeciwbolowa-w-Polsce-nadal-wymaga-racjonalizacji,143818,1019.html>

Tabela 3. Zestawienie najważniejszych efektów nieleczenia bólu fizycznego.

SKUTKI NIELECZENIA BÓLU	
KLINICZNE	POZAKLINICZNE
nieprawidłowa rehabilitacja pacjenta (niedodma, zapalenie płuc, zakrzepica żylna)	Brak akceptacji choroby i obniżenie możliwości radzenia sobie z nią
opóźnienie gojenia się ran pooperacyjnych	Deficyty poznawcze i emocjonalne obniżające samokontrolę pacjenta
spadek odporności (podatność na infekcje)	Izolacja i samotność chorego
wzrost ciśnienia tętniczego krwi (niekorzystny dla chorych z nadciśnieniem i schorzeniami neurologicznymi)	opóźnienie powrotu do pełnego zdrowia i tym samym wydłużenie czasu hospitalizacji
powstanie bólu przewlekłego, trudnego w późniejszym leczeniu	zwiększenie kosztów pobytu pacjenta w szpitalu

Co czwarty szpital w Polsce deklaruje, że posiada zespół zajmujący się oceną i leczeniem bólu wśród hospitalizowanych pacjentów³⁴. Jedynie w 50 % polskich szpitali analizowana jest skuteczność i bezpieczeństwo leczenia bólu ostrego i pooperacyjnego i taki sam odsetek szpitali kształci swoją kadrę medyczną w zakresie leczenia bólu. Pacjenci tylko co drugiego szpitala w Polsce otrzymują informacje na temat metod możliwości uśmierzenia bólu ostrego. Szpitale posiadające aktualną akredytację w ochronie zdrowia (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 418 oraz Dz.U. 2009 nr 76 poz. 641) to 52% . Certyfikat Programu „ Szpital bez bólu” posiada jedynie 144 szpitali i 35 oddziałów szpitalnych (30% szpitali). Wg prof. dr hab. Jana Dobrogowskiego, Prezesa Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, do najważniejszych barier leczenia bólu w Polsce można zaliczyć następujące sytuacje:

1. Klinicyści nie zawsze uznają, że uśmierzenie bólu jest również podstawową zasadą medycyny i prawem pacjenta do jego zapewnienia
2. Niedostateczna wiedza dotycząca klinicznej oceny i leczenia bólu
3. Obawa przed stosowaniem silnych leków przeciwbólowych (opiodów)
4. Niechęć organizatorów systemów opieki zdrowotnej do refundowania pomocy cierpiącym z powodu bólu³⁵

Brak odpowiedniej reakcji na ból ze strony personelu medycznego przyczynia się do powstawania zjawiska bólu społecznego, generowanego w procesie komunikowania z pacjentem. Pytania o odczuwanie bólu, jego lokalizacji i natężeniu oraz wpływie na codzienne funkcjonowanie powinny być zawsze stawiane w wywiadach lekarskich (pielęgniarskich) ze starszymi pacjentami. Wydaje się, że rozpowszechniona definicja bólu przyciąga uwagę i działalność klinicystów w kierunku leczenia bólu wywołanego uszkodzeniem tkanek, czyli bólu fizycznego, zaś bóle niewywołane urazami (operacją itd.), takie jak np. migrena czy fibromalgia leczone są mniej chętnie. W niniejszym opracowaniu próbowałam dowieść, że ból nie pochodzący z uszkodzenia tkanek i bez ustalonej „zewnętrznej” przyczyny powinien być tak samo leczony, a nie lekceważony. To jest główna lekcja, jaką klinicyści mogą wyciągnąć z teorii neuronalnego nakładania się tych dwóch rodzajów bólu (social and physical pain overlap teory).

Zakończenie – jak podnosić jakość życia seniorów – zapobieganie bólom społecznemu

³⁴ <http://ptbb.pl/zasoby/pobierz-pliki/send/16-posiedzenie-komisji-sejmowej-24-ix-2015/102-priorytety-w-zakresie-leczenia-bolu-w-polsce>

³⁵ J.w.

Próba przeniesienia koncepcji bólu społecznego w obszar opieki nad seniorami wynika nie tylko z zainteresowań autorki, ale też wpisuje się w niezwykle ważny i trudny obszar, będący wyzwaniem dla zdrowia publicznego w Polsce.

Starzenie się populacji jest w Polsce procesem bardzo intensywnym. W roku 2035 udział osób po 65 roku życia przekroczy w Polsce 30% na obszarach wiejskich, natomiast w miastach zbliży się do 35%. W ciągu najbliższych 10 lat będzie wzrastał udział „młodszej” subpopulacji (65-79 lat), bowiem tę grupę osób starszych będą sukcesywnie zasilali osoby urodzone w latach 1949-1965, a jednocześnie będzie ubywało osób w wieku 80 lat i więcej urodzonych w latach 1934-1945. Natomiast po 2025 r. znacząco wzrośnie odsetek osiemdziesięciolatków i starszych z uwagi na fakt, że ten wiek – w kolejnych latach – osiągną osoby urodzone w czasie powojennego boomu urodzeń³⁶.

Powyższe dane zwiastują problemy dla całego społeczeństwa i jego podsystemów. Zapewnienie wysokiej jakości życia dla zwiększającej się populacji geriatrycznej to wyzwanie zarówno dla polityki społecznej, opieki zdrowotnej, jak i socjalnej. W utrzymanie jakości życia seniorów będą zaangażowane ich rodziny, jak i system opieki formalnej. Niezwykle ważne już dziś staje się: 1/ przygotowanie poszerzonej oferty opieki medycznej i usług opiekuńczych w ramach i poza systemem publicznym, 2/ kształcenie geriatrów, pielęgniarek geriatrycznych i opiekunów osób starszych oraz inne działania organizacyjne w zakresie poszerzenia opieki zdrowotnej (np. systemy szybkiego reagowania); 3/ wzmocnienie systemu rodzinnego, najbardziej przyjaznego dla seniorów (edukacja rodzin, wprowadzenie ulg w składkach ubezpieczeniowych, dodatków pielęgnacyjnych lub dodatkowych wynagrodzeń dla opiekunów osób starszych), 4/ opracowanie strategicznych programów dla ludzi w starszym wieku w oparciu o realne rozpoznanie ich sytuacji zdrowotnej oraz społeczno-ekonomicznej; pomysły na „srebrną gospodarkę”. W planowaniu właściwej opieki medycznej i pozamedycznej nad seniorami powinna być także uwzględniona problematyka zapobiegania i leczenia bólu fizycznego i społecznego.

Wzrastająca ilość osób starszych to obecnie jedno z największych - z punktu widzenia zdrowia publicznego - wyzwań dla systemu opieki zdrowotnej. Najpilniejszą potrzebą - bo z odłożonymi w czasie efektami - jest kształcenie specjalistów – geriatrów, ale też dermatologów, alergologów, psychiatrów i in. specjalizujących się w chorobach wieku podeszłego). Według opinii Polskiego Towarzystwa Badań Bólu powinno się w Polsce stworzyć specjalizację Medycyny bólu, gdyż jesteśmy jedynym krajem UE nie posiadającym takiej specjalizacji. Nie mniej istotne są szkolenia dla lekarzy I-go kontaktu w zakresie chorób wieku podeszłego i problemów funkcjonowania społecznego seniorów. Popularyzacji specjalności geriatrycznej wśród przyszłej kadry medycznej powinno towarzyszyć poszerzenie jej o wiedzę z zakresu psycho- i socjogeriatry. Rozwój tych dziedzin i włączenie ich w działania personelu medycznego będzie wymagał przeniesienia uwagi na pozamedyczne (nie naprawcze) aspekty pracy z pacjentem: leczenie i samoleczenie bólu, utrzymywanie i wzmacnianie „kapitału zdrowia” seniorów i zapobieganiu wykluczeniu społecznemu (Bólowi społecznemu). Wyżej opisanym działaniom tym musi towarzyszyć refleksja nad kosztami opieki zdrowotnej nad seniorami, którzy potrzebują porad lecz nie odprowadzają składek; wydatki na usługi zdrowotne i

³⁶ *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050*, GUS 2014, [file:///C:/Users/oem/Downloads/ludnosc_w_starszym_wieku%20(8).pdf]

opiekuńcze rosnać szybciej niż PKB. Szacuje się, że seniorzy konsumują 40% usług medycznych³⁷. Konieczne jest zwiększenie liczby oddziałów i łóżek geriatrycznych (dane ...) oraz poszerzenie oferty w zakresie tzw. opieki dziennej.

Niektóre mechanizmy regulowane w ramach tzw. srebrnej gospodarki pozwalają wydłużyć czas aktywności zawodowej i zarobkowej osób starszych, wzmacniając ich samodzielność i niezależność finansową oraz poczucie przynależności do wspólnoty (nie tylko zawodowej). Wydaje się, iż w Polsce pomysłów na rozwój srebrnej gospodarki wciąż brakuje, a dużo lepsze efekty ma na razie zagospodarowanie potencjału seniorów w ramach różnych inicjatyw edukacyjnych , m.in. Uniwersytetów Trzeciego Wieku, banków umiejętności, wolontariatu, klubów seniora czy projektów międzynarodowych projektu „Healthy and active ageing” (Komisja Europejska) itp. Pozytywnym efektem jest tu uczenie pacjentów współodpowiedzialności za leczenie i dbania o stan własnego zdrowia (pamiętajmy jednakże, że zwiększanie świadomości pacjenta niesie ze sobą umiejętność weryfikacji kwalifikacji i sposobu postępowania lekarza i podniesienie ilości wniosków o odszkodowania).

Niezwykle ważnym czynnikiem podnoszącym jakość życia osób w podeszłym wieku jest stworzenie systemów integracyjnych umożliwiających wymianę doświadczeń i wsparcia w ramach współpracy rówieśniczej i międzypokoleniowej. Zapobieganie izolacji i wykluczeniu osób starszych z powodów socjalnych lub zdrowotnych powinno stać się kluczowym zadaniem dla zintegrowanych wysiłków systemu opieki rodzinnej, socjalnej i zdrowotnej.

BIBLIOGRAFIA

1. Baumeister R.F., Suicide as escape from the self, *Psychological Review*, 1990, t. 97, (1), p. 90-113.
2. Baumeister R.F., DeWall C.N., Ciarocco N.J. & Twenge J.M., *Social exclusion impairs self-regulation*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 2005, t. 88(4), s. 589-604.
3. Chen Z., Williams K., *Imagined future social pain hurts more now than imagine future physical pain*, “European Journal of Social Psychology”, 2012, t. 42, s. 314-7, doi:10.1002/ejsp.1861
4. DeWall , C. N. , MacDonald , G. , Webster , G. D. , Masten , C. , Baumeister , R. F. , Powell , C. , et al . *Acetaminophen reduces social pain: Behavioral and neural evidence* , “Psychological Science “, 2010, t. 21 , 931-937.
5. DeWall C.N., Masten C.L., Powell C., Combs D., Schurtz D.R., Eisenberger N.I., *Do neural responses to rejection depend on attachment style? An fMRI study*, “Social Cognitive & Affective Neuroscience”, 2012, t. 7(2), s.184-192 (first published online April 2011; doi:10.1093/scan/nsq107Advance Access.
6. Eisenberger N.I., *Social Pain and the Brain: Controversies, Questions, and Where to Go from Here* “The Annual Review of Psychology”, 2015.66:601-629. Downloaded from www.annualreviews.org .Access provided by University of California - Los Angeles – UCLA.
7. Eisenberger N.I., *Broken Hearts and Broken Bones: A Neural Perspective on the Similarities between social and physical pain*, “Current Directions in Psychological Science” 2012, t. 21(1), s. 42-47.
8. Eisenberger N.I., *The Neural Bases of Social Pain: Evidence for Shared Representations with Physical Pain*, “Psychosomatic Medicine”, 2012, t. 74(2): 126–135.
9. Evidence-based clinical practice guidelines on management of pain in older people, Editorials, “Age and Ageing “, 2013 t. 42, s. 151–153;
10. Gignac M.A. et all., *“What do you expect? You're just getting older”: A comparison of perceived osteoarthritis-related and aging-related health experiences in middle- and older-age adults*, “Arthritis& Rheumatology”, 2006, t.55 (6), s. 905-12.
11. Kozak-Szkopek E. i in., *Analiza występowania bólu przewlekłego u osób starszych w Polsce*, [w] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i*

³⁷ Piątek K., Raport: Optymalizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce – mapa wyzwań, THINKTANK, http://mttp.pl/pobieranie/raport_zdrowie.pdf

- ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, Poznań 2012, s.18.. Projekt badawczy zamawiany PBZ-MEN-9/2/2006., Polsenior 2012, s. 295-306.
12. Kropińska S., *Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w polskim systemie ochrony zdrowia*, praca doktorska, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu Katedra Geriatrii i Gerontologii, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/298683/index.pdf>
 13. Meyer M.L., Williams K.D., Eisenberger N.I., *Why social pain can live on: different neural mechanisms are associated with reliving social and physical pain*, 2015, PLoS ONE 10(6): e0128294. doi:10.1371/journal.pone.0128294
 14. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Projekt badawczy zamawiany PBZ-MEN-9/2/2006, Poznań 2012, s.18.
 15. Onoda K., Okamoto Y., Nakashim K., Nittono H., Yoshimura S., Yamawaki S., Yamaguchi S., Ura M., *Does low self-esteem enhance social pain? The relationship between trait self-esteem and anterior cingulate cortex activation induced by ostracism*, "Social Cognitive & Affective Neuroscience", 2010, t. 5, no 4, p.385-391.
 16. Piątek K., Raport: Optymalizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce – mapa wyzwań, THINKTANK, http://mttp.pl/pobieranie/raport_zdrowie.pdf
 17. Pond R. Jr., Richman S., Chester D. and DeWall N., *Social Pain and the Brain: How Insights from Neuroimaging Advance the Study of Social Rejection*, "Advanced Brain Neuroimaging Topics in Health and Disease - Methods and Applications", Ms. Danijela Duric (Ed.), ISBN: 978-953-51-1203-7, InTech, DOI: 10.5772/58271., p. 638.
 18. *Social Pain: Neuropsychological and Health Implications Of Loss and Exclusion*, red. G. MacDonald, L.A. Jensen-Campbell, Washington :APA Books, 2011.
 19. *Stop dyskryminacji osób starszych chorych na nowotwory w dostępie do leczenia*, Polska Unia Onkologii, <http://www.puo.pl/publikacje/artykuly/stop-dyskryminacji-osob-starszych-chorych-na-nowotwory-w-dostepie-doleczenia>
 20. *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski światło prognozy na lata 2014-2050*, GUS, 2014. [file:///C:/Users/oem/Downloads/ludnosc_w_starszym_wieku%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/oem/Downloads/ludnosc_w_starszym_wieku%20(8).pdf)
 21. [\[file:///C:/Users/oem/Downloads/ludnosc_w_starszym_wieku%20\(8\).pdf\]](file:///C:/Users/oem/Downloads/ludnosc_w_starszym_wieku%20(8).pdf)
 22. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa 2006, s.72
 23. Szukalski P. *Ageizm – przyczyny, przejawy, konsekwencje* [w] Kowalewski T., Szukalski P. (red.), *Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2008, s.153-184.
 24. Tobiasz-Adamczyk B., Brzyska M., *Wybrane aspekty socjologiczne wieku starszego*, „Świat Problemów” 2011 nr 11, s.5-9,
 25. Wójta-Kempa M., Taranowicz I., *Ból społeczny* [w] Krzyżanowski D., Payne M., Fal A.M. (red.), *Ból i cierpienie – ujęcie interdyscyplinarne. Życie godnie do końca*, Wrocław 2013, s.247-266.

Wykorzystane strony internetowe

- <http://212.87.21.2/polsenior/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/monografiaPolSenior.pdf>
- <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/46104.pdf>
- <http://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/3607/7.%20Szukalski.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- <http://212.87.21.2/polsenior/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/monografiaPolSenior.pdf>
- <http://e.pulsmedycyny.pl/3825426,35311,mozna-bezpiecznie-leczyc-bol-u-osob-starszych>
- http://konkurs.kampaniespoleczne.pl/kk_files/Rozmowy_o_czasie_broszura_2.pdf
- http://konkurs.kampaniespoleczne.pl/kk_kampanie.php?edycja=2011&kk_id=348&kk_kat=5&action=szczegoly
- <http://ptbb.pl/zasoby/pobierz-pliki/send/16-posiedzenie-komisji-sejmowej-24-ix-2015/102-priorytety-w-zakresie-leczenia-bolu-w-polsce>
- http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/11716?print_doc_id=94360
- <http://www.rynekzdrowia.pl/Leczenie-Bolu/Terapia-przeciwbolowa-w-Polsce-nadal-wymaga-racjonalizacji,143818,1019.html>

- http://www.swiatproblemow.pl/2011_11_1.html
- <http://www.zdrowie.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/fundacja-helsinska-apeluje-o-poprawe-dostepu-do-terapii-przeciwbolowej>