

# PIELĘGNIARSKA OCENA STANU CHOREGO Z BÓLEM POOPERACYJNYM

## Nursing assessment of the patients' postoperative pain



**Katarzyna Juszcak**

Wydział Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2012; 4: 138-141

Praca wpłynęła: 26.09.2012, przyjęto do druku: 13.11.2012

Adres do korespondencji:

dr n. o zdr. **Katarzyna Juszcak**, ul. Kaszubska 13, 62-800 Kalisz, tel. 601 971 554, e-mail: kjuszcak@poczta.onet.eu

### Streszczenie

Walka z bólem pooperacyjnym stanowi istotny element pracy pielęgniarki na oddziale pooperacyjnym, a ocena nasilenia bólu pooperacyjnego u chorych w kolejnych dobach po zabiegu jest jednym z elementów tej opieki. Kluczową rolę w zwalczaniu bólu odgrywają pielęgniarki, ponieważ to one spędzają z chorym najwięcej czasu i mogą go wnikliwie obserwować.

**Słowa kluczowe:** ból pooperacyjny, ocena bólu pooperacyjnego, opieka pielęgniarska.

### Summary

Postoperative pain management is an important part of nurses' work in the post operative ward, so you should pay special attention to its severity in patients on first post-operative days. Nurses play a key role in pain management because they spend the most time with patients and can closely monitor them; therefore there is no overestimation of their role in the assessment and monitoring of pain.

**Key words:** postoperative pain, assessment of postoperative pain, nursing care.

### Ból pooperacyjny

Ból pooperacyjny jest złożoną reakcją fizjologiczną na uraz tkanek towarzyszący manipulacjom w obrębie pola operacyjnego. Pojawia się wtedy, gdy przestaje działać analgezja śródoperacyjna, a jej źródłem są uszkodzone tkanki powierzchowne (skóra, tkanka podskórna czy błony śluzowe) i warstwy położone głębiej, czyli mięśnie oraz więzadła [1]. Ból pooperacyjny jest jednym z najbardziej nieprzyjemnych doznań zmysłowych, najczęściej ma charakter ostry i jest sygnałem ostrzegającym przed uszkodzeniem [2]. Powoduje odruchowe upośledzenie funkcji, które mają sprzyjać procesom gojenia. Ból wywołuje cierpienie fizyczne i psychiczne, zaburza sen, negatywnie wpływa na nastrój, utrudnia mobilizację pacjenta, sprzyja powikłaniom ze strony układu oddechowego i krążenia, powoduje wzrost zapotrzebowania na tlen, prowadzi do przyspieszenia tętna i wzrostu ciśnienia tętniczego – opóźnia proces powrotu do zdrowia i proces gojenia się ran.

Natężenie bólu zwykle jest największe w pierwszej dobie pooperacyjnej, w trzeciej i czwartej dobie po zabiegu się zmniejsza. Na odczuwanie przez chorego bólu wpływają czynniki obiektywne, takie jak: lokalizacja zabiegu, jego rozległość, stopień traumatyzacji tkanek, kierunek cięcia skórno [1, 3] oraz czynniki subiektywne,

takie jak: wcześniejsze doświadczenia, indywidualny próg odczuwania bólu, jednostkowe przekonania i doświadczenia chorego. Jeżeli pacjentowi towarzyszy przekonanie, że silny ból pooperacyjny jest zjawiskiem nieodłącznym z zabiegiem, prawdopodobnie będzie on „nastawiony” lękowo, co zwiększy wrażliwość bólową, a to z kolei będzie powodowało dalsze nasilenie lęku [4].

Mimo postępu w medycynie i farmacji zwalczanie bólu pooperacyjnego jest niezadowolające. Wiele badań wskazuje, że pacjenci odczuwają po operacjach ból od średniego do silnego [5–9]. Badania prowadzone przez polskich badaczy również potwierdzają te dane [10, 11].

W związku z niedostatecznie skutecznym zwalczaniem bólu pooperacyjnego Polskie Towarzystwo Badania Bólu (PTBB) wprowadziło nowe standardy dotyczące bólu pooperacyjnego: „Uśmierzenie bólu pooperacyjnego – zalecenia 2008”, które zostały zmodyfikowane i uzupełnione w 2011 r. Wytyczne zwracają szczególną uwagę na kwestię bezpieczeństwa podawanych leków przeciwbólowych oraz konieczność regularnego monitorowania bólu pooperacyjnego, jak również edukacji personelu medycznego w zakresie uśmierzenia bólu [12, 13]. Jednym z kroków podjętych przez PTBB w celu świadczenia najwyższych standardów opieki i podniesienia jakości uśmierzenia bólu pooperacyjnego w polskich szpitalach jest wprowadzenie

programu certyfikacji szpitali „Szpital bez bólu”, o otrzymanie którego mogą się ubiegać szpitale spełniające kryteria PTBB. Wśród kryteriów wyróżnia się m.in., uczestnictwo personelu medycznego w szkoleniach z zakresu uśmierzenia bólu, informowanie pacjentów o możliwości i metodach uśmierzenia bólu pooperacyjnego przed zabiegiem, prowadzenie monitoringu natężenia bólu, prowadzenie dokumentacji dotyczącej pomiaru bólu i zastosowanego postępowania zgodnie z rekomendacjami uśmierzenia bólu. Certyfikat jest potwierdzeniem spełnienia przez placówkę najwyższych standardów w tym zakresie.

Problem nieodpowiedniego zwalczania bólu pooperacyjnego dotyczy nie tylko warunków polskich, co potwierdzają liczne badania [5, 6, 9, 14]. Również w wielu ośrodkach naukowych na świecie eksperci opracowali wytyczne dotyczące skutecznego zwalczania bólu pooperacyjnego, czego przykładem są rekomendacje „Postoperative Pain Management – Good Clinical Practice. General recommendations and principles for successful pain management”. Podobnie jak polskie wytyczne, rekomendacje te zawierają szczegółowe informacje dotyczące oceny dolegliwości bólowych po zabiegu chirurgicznym oraz ich dokumentowania, edukacji pacjentów i personelu sprawującego opiekę nad chorym oraz postępowania farmakologicznego. Ponadto zawierają wskazówki co do zwalczania bólu pooperacyjnego u dzieci [15]. Podobne wytyczne zostały opracowane przez *American Pain Society* i dotyczą one m.in. informowania pacjenta o różnych aspektach bólu pooperacyjnego przed zabiegiem, dokumentowania dolegliwości bólowych ocenianych wg skali VAS zarówno w spoczynku, jak i w czasie podejmowanej aktywności [16].

## Ocena bólu pooperacyjnego

Podstawowym celem leczenia bólu pooperacyjnego jest stworzenie choremu subiektywnego komfortu, ułatwienie procesu zdrowienia oraz zmniejszenie ryzyka powikłań [13]. Skuteczne zwalczanie bólu polega na utrzymaniu w surowicy stałego stężenia leku, zapewniającego pacjentowi bezbolesność, jednocześnie powodując jak najmniej działań niepożądanych [17]. Niezbędnym elementem skutecznego zwalczania bólu pooperacyjnego jest właściwy pomiar jego nasilenia, pozwalający na ocenę dynamiki bólu w czasie oraz ocenę skuteczności zastosowanego leczenia [3]. Ocena bólu jest konieczna w celu uzyskania optymalnego efektu przeciwbólowego, pozwala również aktywnie włączyć pacjenta do opieki, co z kolei pozytywnie wpływa na jego samopoczucie [18].

W praktyce klinicznej do oceny nasilenia dolegliwości bólowych najczęściej stosowane są skale:

- skala słowna – pozwalająca na ocenę dolegliwości bólowych w sposób opisowy, będąca skalą porządkową, zawierającą szereg kolejno ustawionych cyfr z przypisanymi do nich określeniami stopnia natężenia bólu [19],
- skala numeryczna – umożliwiająca dokonanie oceny natężenia dolegliwości bólowych w skali liczbowej od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 ból nie do zniesienia [20, 21],
- skala analogowo-wzrokowa, mająca charakter graficzny, na której pacjent zaznacza stopień natężenia bólu na odcinku długości 10 cm [3, 9, 22].

Pomimo dostępności skal do oceny nasilenia bólu po zabiegu chirurgicznym nie prowadzi się jego regularnego monitorowania, co potwierdzają liczne publikacje [23–25]. Badania przeprowadzone w Niemczech wśród 110 pacjentów wykazały, że połowa z nich nie była nigdy pytana o nasilenie dolegliwości bólowych w ciągu 24 godzin po zabiegu [24]. Diehle i wsp. w swoich badaniach potwierdzili, że pielęgniarki nie dokonują systematycznej oceny dolegliwości bólowych po operacji oraz że istnieje różnica między tym, co się obserwuje, a tym, co pielęgniarki deklarują [14].

Inne badania przeprowadzone przez Young i wsp. [26] oraz innych [27] badaczy wykazały jednak pozytywne nastawienie pielęgniarek do oceny bólu pooperacyjnego. Pielęgniarki są świadome, że powinny dokonywać systematycznej oceny dolegliwości bólowych po zabiegu, jednak z jakiś powodów tego nie robią [21]. Spośród możliwych przyczyn wymienia się obawy personelu leczącego przed uzależnieniem pacjenta od opioidów, brak współpracy między lekarzami i pielęgniarkami w odniesieniu do oceny nasilenia bólu i przekonanie, że chorzy wyolbrzymiają odczuwane dolegliwości bólowe [28].

Problem niedostatecznego zwalczania bólu dostrzegany jest przez pacjentów i ich rodziny. Chung i wsp. [29] podają, że tylko 48% chorych uważa, że lekarze i pielęgniarki wystarczająco angażują się w uśmierzenie bólu pooperacyjnego, Hsieh i wsp. [30] podkreślają, że 1/3 członków rodzin chorych wyraża zastrzeżenia co do stosowania leków przeciwbólowych w obawie przed uzależnieniem od narkotyków.

Wśród innych przyczyn nieskutecznego zwalczania bólu pooperacyjnego należy wymienić przeciążenie pracą pielęgniarek, koncentrowanie się wokół zadań związanych z funkcją instrumentalną [31, 32], niewystarczającą liczbę personelu oraz niechęć [26, 33] i opory ze strony pacjentów, którzy często nie chcą przyjmować zleconych dawek leków przeciwbólowych, gdy w danym momencie nie odczuwają dolegliwości bólowych. Problem stanowią również braki w systematycznym dokumentowaniu podanych leków przeciwbólowych, ocenie czasu trwania bólu, jego lokalizacji i charakteru. Z badań przeprowadzonych w Szwecji wynika, że lokalizacja bólu była dokumentowana u 50% pacjentów, a charakter bólu jedynie u 11,6% chorych [20].

Istotne znaczenie w niewystarczająco efektywnym zwalczaniu bólu pooperacyjnego ma również niedostateczny poziom wiedzy pielęgniarek, co wskazuje na potrzebę szkoleń w tym zakresie. Ukończenie kursów zwykle poprawia sytuację [34, 35]. Badania przeprowadzone przez Ene i wsp. [36] wykazały, że po wprowadzeniu pro-

gramu edukacyjnego większość (91%) pielęgniarek zaczęła informować pacjentów na temat oceny bólu pooperacyjnego przed zabiegiem, a 96% na temat możliwości jego uśmierzania. Nadal jednak była grupa osób (20%), która po dwóch latach od wdrożenia programu edukacyjnego rzadko lub nigdy nie dokumentowała oceny bólu.

Badania prowadzone przez polskich badaczy potwierdzają, że pielęgniarki nie zawsze mają wiedzę z zakresu postępowania przeciwbólowego oraz ubocznych skutków działania leków [37].

Poza czynnikami farmakologicznymi na uśmierzenie bólu wpływają również inne czynniki, których znaczenie podkreśla m.in. ekspert w dziedzinie jakości opieki pielęgniarskiej, specyficznej dla okresu pooperacyjnego Eva Idvall [21], do których należą:

- czynniki związane z farmakoterapią i monitorowaniem bólu (systematyczny, regularny pomiar dolegliwości bólowych, stosowanie leków przeciwbólowych w połączeniu z wczesnym uruchamianiem, stosowanie leków przeciwbólowych w połączeniu z pielęgnacją zapewniającą komfort fizyczny, systematyczna ocena skuteczności leków przeciwbólowych z punktu widzenia chorego),
- czynniki związane ze wsparciem informacyjnym (informowanie pacjenta i wyjaśnianie wątpliwości w myśl zasady, że chory w odpowiednim stopniu poinformowany mniej się boi),
- czynniki związane z jakością pracy personelu pielęgniarskiego (stworzenie atmosfery zaufania i życzliwości, sprawne wykonywanie czynności pielęgnacyjno-leczniczych z poszanowaniem intymności chorych, wiara w zgłaszane przez chorych dolegliwości i szybkie podejmowanie interwencji, wiedza pielęgniarek na temat bólu i możliwych sposobów jego zwalczania),
- czynniki związane z zapewnieniem spokoju i optymalnych warunków do snu i odpoczynku nocnego.

## Pielęgniarska ocena stanu chorego z bólem pooperacyjnym

Pielęgniarki spośród wszystkich pracowników ochrony zdrowia mają najczęstszy kontakt z chorym, stąd też znacząca jest ich rola w skutecznym zwalczaniu bólu pooperacyjnego [9, 38–40]. Pomiar nasilenia bólu pooperacyjnego jest jednym z kluczowych elementów jego skutecznego uśmierzania, szczególnie u chorych w wieku podeszłym oraz z trudnościami w komunikowaniu się. Zgodnie z zaleceniami ekspertów [3, 12] ocena nasilenia bólu powinna być dokonywana u chorych operowanych co najmniej 4 razy na dobę i dokumentowana w odpowiedniej karcie obserwacyjnej. Ponadto należy zwrócić uwagę na możliwe działania niepożądane zastosowanych leków przeciwbólowych i odnotowywać ich wystąpienie. Istotnym elementem postępowania przeciwbólowego zgodnie z najnowszymi rekomendacjami w okresie okołoperacyjnym jest właściwa edukacja pacjenta polegają-

ca na przekazaniu informacji ustnej i pisemnej o bólu pooperacyjnym i metodach jego leczenia. Te informacje powinny zawierać najważniejsze dane dotyczące:

- metod pomiaru bólu,
- metod leczenia bólu,
- znaczenia uśmierzania bólu pooperacyjnego dla procesu leczniczego.

Przedoperacyjna rozmowa z pacjentem, z jego prawnymi opiekunami lub krewnymi powinna się koncentrować m.in. na:

- uzyskaniu informacji dotyczących poprzednich doświadczeń odczuwania bólu i preferencji w zakresie postępowania przeciwbólowego,
- omówieniu z chorym narzędzi, za pomocą których ból będzie mierzony u chorego, w tym nauczenie chorego posługiwania się stosowanymi skalami,
- wyjaśnieniu możliwości zastosowania postępowania przeciwbólowego, które może być wdrożone u chorego,
- wyjaśnieniu choremu konieczności przekazywania prawdziwych informacji dotyczących odczuwanego po operacji bólu [3].

Pielęgniarska ocena stanu chorego z bólem pooperacyjnym obejmuje ocenę natężenia bólu zarówno w spoczynku, jak i przy podejmowaniu aktywności, w tym czynności dnia codziennego, obserwację możliwych pozawerbalnych oznak bólu, kontrolę podstawowych parametrów życiowych, obserwację rany pooperacyjnej.

Wprowadzanie do praktyki zaleceń i wytycznych ekspertów dotyczących oceny nasilenia i uśmierzania bólu pooperacyjnego z pewnością przyczyni się do skutecznego jego zwalczania i poprawy komfortu chorego w bezpośrednim i dalszym okresie pooperacyjnym.

## Piśmiennictwo

1. Wordliczek J. Ból pooperacyjny. Wydawnictwo Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
2. Piotrowski D, Gaszyński W, Kaszyński Z. Skuteczne zwalczanie bólu pooperacyjnego i jego implikacje kliniczne. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1995; 67: 725-732.
3. Dobrogowski J, Meyzner-Zawadzka E, Drobniak L i wsp. Uśmierzenie bólu pooperacyjnego – zalecenia 2008. *Ból* 2008; 9: 9-22.
4. Golec A, Dobrogowski J, Kocot M. Psychologiczne aspekty bólu pooperacyjnego. *Przegląd Lekarski* 2000; 57; 4: 211-214.
5. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003; 97: 534-540.
6. Carr EC, Thomas VI. Participating and experiencing postoperative pain: the patients perspective. *J Clin Nurs* 1997; 6: 191-201.
7. Cohen F. Postsurgical pain relief: patients status and nurses medication choices. *Pain* 1980; 9: 265-274.
8. Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management. *Br J Anaesth* 2002; 89: 409-423.
9. Zalon M. Nurses assessment of postoperative patients pain. *Pain* 1993; 54: 329-334.
10. Kołodziej W, Karpel E. Ból pooperacyjny na oddziale chirurgicznym w ocenie ankietowego badania z zastosowaniem kwestionariusza McGilla-Melzacka – doniesienia wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16: 231-236.
11. Osowicka A, Zreda A, Marciniak M i wsp. Problematyka bólu pooperacyjnego. *Polska Medycyna Rodzinna* 2004; 6: 443-447.
12. Misiotek H, Meyzner-Zawadzka E, Dobrogowski J, Wordliczek J. Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym. *Ból* 2011; 12 (2): 9-33.

13. Wordliczek J, Dobrogowski J. Ból po zabiegach operacyjnych. Przegląd Urologiczny 2003; 3: 50-58.
14. Dihle A, Bjølseth G, Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. *J Clin Nurs* 2006; 15: 469-479.
15. Rawal N, DeAndres J, Fischer H, et al. Postoperative Pain Management – Good Clinical Practice. General Recommendations and principles for successful pain management, 2005.
16. Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, et al. American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1574-1580.
17. Graczyński MR, Kamiński B. Ból pooperacyjny – dlaczego i jak należy go leczyć? I. Patofizjologia bólu pooperacyjnego. *Anestezjologia Intensywna Terapię* 1991; 5-6: 318-321.
18. McGuire D. Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. *J Pain Symptom Manage* 1992; 7: 312-319.
19. Field L. Are nurses still underestimating patients pain postoperatively? *Br J Nurs* 1996; 5: 778-784.
20. Idvall E, Ehrenberg A. Nursing documentation of postoperative pain management. *J Clin Nurs* 2002; 11: 734-742.
21. Idvall E, Berg A. Patient assessment of postoperative pain management – orthopaedic patients compared to other surgical patients. *Journal of Orthopaedic Nursing* 2008; 12: 35-40.
22. Bodian CA, Freedman G, Hossin S, et al. The Visual Analog Scale for Pain. *Anesthesiology* 2001; 95: 1356-1361.
23. Schafheutle EI, Cantrill JA, Noyce PR. Why is pain management suboptimal on surgical wards? *J Adv Nurs* 2001; 33: 728-737.
24. Gross T, Pretto M, Aeschbach A, Marsch S. Pain management in surgical wards. Quality and solutions for improvement in the early postoperative period. *Chirurg* 2002; 73: 818-826.
25. Sjöström B, Jakobsson E, Haljamäe H. Clinical competence in pain assessment. *Intensive Crit Care Nurs* 2000; 16: 273-82.
26. Layman Young J, Horton FM, Davidhizar R. Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *J Adv Nurs* 2006; 53: 412-21.
27. Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y. Nurses assessment of pain in surgical patients. *J Adv Nurs* 2005; 52: 125-32.
28. Drayer R, Henderson J, Reidemberg M. Barriers to better pain control in hospitalized patients. *J Pain Symptom Manage* 1999; 17: 434-440.
29. Chung JW, Lui JC. Postoperative pain management: study of patients level of pain and satisfaction with health care providers responsiveness to their reports of pain. *Nurs Health Sci* 2003; 5: 13-21.
30. Hsieh LF, Lin CC, Lai YH, Tsou TS. The relationship of the caregiver's concerns about using analgesics to the patient's cancer pain management. *The Journal of Nursing Research* 1998; 6: 327-336.
31. McColl E, Thomas L, Bond S. A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nurs Stand* 1996; 10: 34-38.
32. Walsh M, Walsh A. Measuring Patient Satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *J Adv Nurs* 1999; 29: 307-315.
33. Manias E, Botti M, Bucknall T. Observation of pain assessment and management- the complexities of clinical practice. *J Clin Nurs* 2002; 11: 724-733.
34. Lin PC, Chiang HW, Chiang TT, Chen CS. Pain management: evaluating the effectiveness of an educational programme for surgical nursing staff. *J Clin Nurs* 2008; 17: 2032-2041.
35. Underwood P, Dahlen-Hartfield R, Mogle B. Continuing professional education: does it make a difference in perceived nursing practice? *J Nurses Staff Dev* 2004; 20: 90-98.
36. Ene KW, Nordberg G, Bergh I, et al. Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. *J Clin Nurs* 2008; 17: 2042-2050.
37. Knap M, Szyrmer B, Kowalczyk-Sroka B. Poziom wiedzy pielęgniarek z oddziałów zabiegowych na temat terapii bólu pooperacyjnego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18: 129-133.
38. Johansson P, Oléni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci* 2002; 16: 337-344.
39. Schmidt LA. Patients perceptions of nursing care in the hospital setting. *J Adv Nurs* 2003; 44: 393-399.
40. Schmidt LA. Patients perceptions of nurse staffing, nursing care, adverse events and overall satisfaction with the hospital experience. *Nurs Econ* 2004; 22: 295-306, 291.