

## ARTYKUŁ POGLĄDOWY/REVIEW PAPER

Otrzymano/Submitted: 22.05.2014 • Poprawiono/Corrected: 28.10.2014 • Zaakceptowano/Accepted: 06.11.2014

© Akademia Medycyny

# Przeszkody związane z pacjentem w terapii bólu pooperacyjnego w praktyce pielęgniarskiej

## *Patient-related obstacles in the treatment of postoperative pain in nursing practice*

**Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska**

Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Gdański Uniwersytet Medyczny



### Streszczenie

W chwili obecnej szacuje się, że brak odpowiedniego leczenia bólu dotyka 80% ludności na całym świecie, zjawisko to jest poważnym problemem w ponad 150 krajach. Na poziomie poszczególnych państwo największy ciężar nieodpowiedniego leczenia bólu ponoszą osoby najsłabsze: osoby starsze, kobiety w ciąży i karmiące, dzieci, osoby borykające się z uzależnieniami od środków szkodliwych, psychicznie chorzy. Mimo ogromnego postępu, wciąż istnieją znaczące przeszkody w kompleksowym leczeniu bólu, które ograniczają zdolność jego skutecznego leczenia. *Anestezjologia i Ratownictwo 2014; 8: 437-440.*

*Słowa kluczowe: bariery, ból pooperacyjny, opieka pielęgniarska*

### Abstract

At present, it is estimated that the lack of adequate pain control affects 80% of the population all over the world; this phenomenon is a serious problem in more than 150 countries. At the level of individual countries the burden of inadequate treatment of pain is borne by the most vulnerable: the elderly, pregnant and nursing women, children, people struggling with addictions from harmful agents, the mentally ill. Despite enormous progress, there are still significant obstacles to comprehensive treatment of pain, which limit the ability to effectively treat pain in patients. *Anestezjologia i Ratownictwo 2014; 8: 437-440.*

*Keywords: barriers, postoperative pain, nursing care*

Terapia bólu pooperacyjnego w warunkach szczególnych stanowi wielowarstwowy problem, przed którym stają zarówno członkowie interdyscyplinarnych zespołów medycznych, jak i pielęgniarki bezpośrednio opiekujące się pacjentem. W chwili obecnej szacuje się, że brak odpowiedniego leczenia bólu dotyka 80% ludności na całym świecie, zjawisko to jest poważnym problemem w ponad 150 krajach. Na poziomie poszczególnych państw największy ciężar nieodpowiedniego leczenia bólu ponoszą osoby najsłabsze: osoby starsze, kobiety w ciąży i karmiące, dzieci, osoby borykające się z uzależnieniami od środków

szkodliwych, psychicznie chorzy [1]. Wciąż istnieją znaczące przeszkody w kompleksowym leczeniu bólu, które ograniczają skuteczność jego skutecznosc. Agency for Healthcare Research and Quality w USA dzieli przeszkody w zwalczaniu bólu na: związane z systemem opieki zdrowotnej, personelem medycznym i pacjentem [2].

### Przeszkody związane z pacjentem

Postępowanie z bólem w szczególnych grupach pacjentów może być wyjątkowo trudnym zadaniem.

W polskim społeczeństwie pokutuje mit, że po operacji „musi boleć”.

#### • Dzieci

Ocena bólu u niemowląt, małych dzieci i dzieci z zaburzeniami rozwojowymi jest szczególnie trudna. Percepcja i komunikacja dziecka, zależy od jego intelektualnego i społecznego rozwoju. Panują błędne przekonania, iż niemowlęta są mniej wrażliwe na ból lub mają ograniczoną zdolność zapamiętywania bólu ze względu na niedojrzały układ nerwowy. Dziecko cierpi z powodu bólu pooperacyjnego, w taki sam sposób jak dorosły. W rzeczywistości ból doświadczony w okresie noworodkowym może nasilać reakcje behawioralne i afektywne podczas późniejszych przeżyć bólowych. W przypadku starszych dzieci, lekarze mogą niesłusznie, uważać rodziców za bardziej wiarygodnych w ocenie natężenia bólu niż odczuwające ból dzieci. Należy pamiętać, że w tej grupie pacjentów nawet niewielkie działania wiążące się z bólem, jak założenie kaniuli do żyły, pobieranie krwi itp. powinny być łagodzone [3]. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, kiedy pacjentami są małe dzieci, osoby starsze i osoby przewlekle chore. Im dziecko jest młodsze, tym bardziej jest ono bezbronne wobec bólu i tym gorzej leczony jest jego ból. Składa się na to wiele przyczyn, mających swoje źródło w wieloletnich zaniedbaniach. Po pierwsze, przez dekady nie prowadzono szeroko zakrojonych badań nad odczuwaniem bólu przez noworodki i małe dzieci, co równoległe spowodowało brak specjalistycznego doświadczenia wśród pediatrów i anestezjologów. Po drugie, wiele nowych leków nie było poddawanych testom na dzieciach, lecz wyłącznie na dorosłych. W efekcie, ze względu na brak informacji o efektach ubocznych środków znieczulających, zarówno pediatry, jak i anestezjolodzy bardzo niechętnie stosowali je u dzieci. Dodatkowo, personel szpitalny miał tendencję do powątpiewania w rzetelność podawanych przez dzieci informacji o bólu, znacznie częściej niż ma to miejsce w przypadku dorosłych. Obecnie leczenie bólu u noworodków i dzieci ma licznych zwolenników, dostępna jest literatura fachowa, a także upowszechniło się przekonanie, że dobre leczenie bólu przyczynia się do ograniczenia komplikacji pooperacyjnych i zapobiega rozwinięciu bólu przewlekłego. Najtrudniejszymi przypadkami w ocenie stanu bólowego są dzieci, u których nie rozwinął się jeszcze aparat mowy oraz dzieci z zaburzeniami uczenia się [3,4].

Zapewnienie efektywnego leczenia bólu pooperacyjnego u dzieci wymaga podejścia zapobiegawczego

i proaktywnego. Tradycyjne metody pooperacyjnego leczenia bólu, takie jak iniekcje domięśniowe, u dzieci zastępuje się przez wlewy dożylny lub podskórny oparte na farmakokinetyce pediatrycznej oraz dawkowanie doustne. Opanowanie bólu u dzieci można osiągnąć poprzez użycie środków przeciwbólowych podawanych różnymi drogami, w kombinacjach ze środkami uspokajającymi lub znieczuleniem ogólnym, wykorzystując również metody niefarmakologiczne. W przypadkach konieczności wkłucia dożylnego, w celu zniwelowania u dziecka nieprzyjemnego uczucia wkłuwania igły, zalecane podanie wziewne podtlenku azotu (50%) i/lub znieczulenia miejscowego można uważać za procedurę bezpieczną i efektywną [5].

Należy pamiętać, że w przypadku małych dzieci przeżyte w młodym wieku doświadczenie bólu pooperacyjnego może w konsekwencji prowadzić do znacznych długotrwałych zmian behawioralnych, jak też do rozwoju bólu przewlekłego bądź neuropatycznego [3].

#### • Kobiety ciężarne

Kobiety w ciąży, które mają doznania bólowe stanowią dla lekarzy szczególną grupę pacjentek, ze względu na przekonanie, że większość leków przeciwbólowych przenika przez barierę trofoblastu/łożyska i może odpowiadać za szereg działań niepożądanych, włączając w to śmierć płodu, działanie teratogenne, zahamowanie wewnątrzmacicznego wzrostu płodu, powikłania perinatologiczne, zaburzenia rozwoju psychofizycznego oraz wzrost zapadalności na nowotwory w okresie noworodkowym i dziecięcym. Schematy leczenia bólu w położnictwie powinny umożliwiać indywidualizację postępowania terapeutycznego i opierać się na zastosowaniu skutecznych i bezpiecznych metod, zarówno niefarmakologicznych, jak i wykorzystujących środki analgetyczne. Techniki znieczulenia miejscowego nie zwiększają ryzyka poronienia, porodu przedwczesnego i nie stwarzają bezpośredniego zagrożenia dla płodu. U kobiet ciężarnych, jak i po porodzie, zaleca się stosowanie leków przeciwbólowych posiadających kategorię B, wyjątkowo tylko w uzasadnionych przypadkach kategorię C. Złotym standardem w zwalczaniu cierpienia porodowego i w okresie wczesnego połogu są procedury anestezjologiczne związane ze znieczuleniem regionalnym [5].

#### • Pacjenci w wieku podeszłym

W porównaniu do młodszych pacjentów, ból u osób starszych jest najczęściej nierozpoznany pra-

widłowo i nieleczony właściwymi metodami. Pacjenci w podeszłym wieku znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka komplikacji pooperacyjnych, a także ryzyka niezdiagnozowania lub niedoleczenia bólu rozległego [6,7].

Istnieje grupa czynników, które mogą sprawić, że kontrola nad bólem u osób starszych będzie znacznie bardziej utrudniona niż u młodszych pacjentów. Zaliczają się do nich:

- związane z wiekiem zmiany w farmakokinetyce (jak dana osoba radzi sobie lekami) oraz w farmakodynamice (jak dana osoba reaguje na leki);
- zanikające rezerwy fizjologiczne;
- choroby występujące równolegle;
- zmiany w reakcjach na ból i trudności w ocenie stanu bólowego;
- równolegle przyjmowane leki, prowadzące do wzrostu ryzyka interakcji między lekami.

Niedostateczne leczenie ostrego bólu może być widoczniejsze u osób z zaburzeniami kognitywnymi, depresją, pobudzeniem, chorobą współistniejącą, izolacją społeczną, niezgłaszaniem wszystkich objawów i zmienioną odpowiedzią na preparaty analgetyczne [6]. Otępienie stanowi barierę w oszacowaniu bólu, charakteryzuje się utratą pamięci, zmianą osobowości i utratą takich funkcji jak wzrok, myślenie abstrakcyjne czy umiejętności językowe. Ponadto zachowania związane z bólem mogą być nieobecne lub trudne do interpretacji. Z drugiej strony, objawy przypisane do demencji mogą być w rzeczywistości związane z bólem, na przykład agresywne zachowania mogą być obronną reakcją osób, które nie są w stanie wyrazić, że je boli [7,8].

Na skutek zaburzeń sensorycznych i percepcyjnych pacjenci w wieku podeszłym mają problem z wypełnianiem numerycznych skal oceny bólu od 0-10 [8,9]. Pomiar bólu u pacjentów w wieku podeszłym mogą być zaniżane, ponieważ niektórzy pacjenci błędnie uważają, że ból jest normalnym procesem starzenia się. W innych przypadkach, takich jak ból w chorobie nowotworowej, jego ocena może być zaniżona ze strachu przed progresem choroby. Pacjentowi może towarzyszyć zjawisko fatalizmu, w tym nieuzasadnione przekonanie, że skoro ból może pomóc w diagnozie, musi on mieć działanie terapeutyczne [10].

Panuje też błędne przekonanie, że starsi pacjenci odczuwają ból słabiej niż inne grupy pacjentów. Pacjenci w wieku podeszłym często mają wiele schorzeń i potencjalnych źródeł bólu, co może utrudniać

interpretację objawów bólowych. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym właściwą analizę stanu bólowego pacjenta po zabiegu operacyjnym jest fakt, że coraz więcej pacjentów poddawanych zabiegowi operacyjnemu, już w momencie przyjęcia do szpitala znajduje się w stanie bólu przewlekłego. W ich przypadku jednowymiarowa metoda obrazowania bólu może okazać się bardzo zawodna. Zaleca się stosowanie wielopłaszczyznowych skal oceny bólu, za pomocą których można określić miejsce jego występowania, jego intensywność, charakter, czas trwania oraz wpływ na organizm [7,11]. Pacjenci w wieku podeszłym, jak i pacjenci z niższym wykształceniem, niechętnie przyjmują leki przeciwbólowe z powodu obawy wystąpienia skutków niepożądanych czy uzależnienia [12]. Z badań wynika, że częstą przeszkodą w optymalnym leczeniu bólu jest niechęć starszych pacjentów do sprawiania kłopotu swoim pielęgniarkom, co skutkuje brakiem bezpośredniego zgłaszania im dolegliwości bólowych. Ich niezgłaszanie jest również wynikiem obawy, że mówienie o bólu odwróci uwagę lekarzy od leczenia podstawowej choroby oraz przekonania, że „dobrzy” pacjenci nie mówią o bólu [13]. Z analizy dostępnych badań wielośrodkowych wynika, że w krajach zachodnich do przeszkód uniemożliwiających właściwe leczenie należy dyskryminacja etniczna i rasowa, jak również wiek i płeć. Wśród badanych pacjentów, kobiety otrzymywały więcej leków przeciwbólowych niż mężczyźni. Ponadto, starsi pacjenci musieli dłużej czekać na leki przeciwbólowe, otrzymywali znacznie zaniżone dawki tych leków oraz mniej analgetyków opioidowych [14].

#### • Pacjenci z problemem nadużywania substancji odurzających

Do osób, które mogą napotkać największe przeszkody w odpowiednim leczeniu bólu należą pacjenci ze stwierdzonym lub podejrzanym problemem nadużywania substancji odurzających. Z powodu obaw przed powrotem do nałogu lub używaniem leku w celach pozaterapeutycznych, ta populacja pacjentów może być zagrożona niewystarczającym stopniem leczenia bólu. Dokładna i uczciwa ocena dolegliwości bólowych, zapewniająca najlepsze szanse na osiągnięcie zadawalającej ulgi w bólu wymaga takiego podejścia do oceny i leczenia, które otwarcie uznaje i rozwiązuje obawy przed nadużyciem. Niezbędne jest rozpoznanie i poświęcenie uwagi czynnikom wywołującym nawroty. Takie podejście łączy w sobie

strategie farmakologiczne, psychologiczne i rehabilitacyjne. Dodatkowo zawiązuje się związek terapeutyczny z pacjentami i ich rodzinami, który umożliwia odpowiednie stosowanie leków przeciwbólowych. Niezbędne jest rozpoznanie problemów odstawienia, czynników wywołujących nawroty i chorób współistniejących oraz poświęcenie im uwagi, jak również potrzeba częstszego monitorowania i powtórnej oceny.

Przeszkodą dla pacjenta, na drodze do uzyskania skutecznego leczenia bólu, mogą być czynniki związane z samą pielęgniarką:

- jej osobiste doświadczenia związane z bólem;
- samodzielne sposoby stosowania leków przeciwbólowych oraz niefarmakologicznych metod leczenia bólu;
- rodzinne tradycje lub doświadczenia w stosowaniu substancji przeciwbólowych lub środków zmieniających samopoczucie psychiczne.

Jeżeli na postrzeganie bólu pacjenta przez pielęgniarkę oddziałują czynniki zewnętrzne lub jest ona ograniczona czynnikami osobistymi, to jej ocena, analiza stanu pacjenta lub sposób informowania o poziomie jego bólu mogą być pozbawione

obiektywizmu lub skuteczności. Problem może ulec dalszemu pogłębieniu, jeżeli pielęgniarka nie posiada wystarczającej wiedzy w zakresie leczenia bólu i w rezultacie nie potrafi dostrzec konieczności dalszego, dogłębnego poszukiwania informacji mogących pomóc we właściwej ocenie stanu bólowego pacjenta i podjęciu stosownych działań związanych z jego leczeniem. Dla przykładu, pielęgniarka, która wierzy lub stwierdza, że „wystarczy spojrzeć na pacjenta, by wiedzieć czy cierpi z bólu” jednoznacznie demonstrowa braki w podstawowej wiedzy z zakresu leczenia bólu.

### Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska  
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego  
Gdański Uniwersytet Medyczny  
ul. Dębinki 7, 80-952, Gdańsk  
☎ (+48 58) 349 12 47  
✉ wioletta.medrzycka@gumed.edu.pl

### Piśmiennictwo

1. Campbell J. Pain: the fifth vital sign: Advocacy and policy. American Pain Society 1995.
2. Elcigil A, Maltepe H, Esrefgil G, Mutafoğlu K. Nurses' perceived barriers to assessment and management of pain in a university hospital. *J Pediatr Hematol Oncol* 2011;33(1):33-8.
3. Verghese ST, Hannallah RS. Acute pain management in children. *J Pain Res* 2010;3:105-23.
4. Misiólek H, Mayzner-Zawadzka E, Dobrogowski J, Wordliczek J. Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym. *Ból* 2011;12:9-33.
5. Rekomendacje dotyczące postępowania przeciwbólowego w ginekologii położnictwie. Część II: Leczenie bólu u kobiet ciężarnych, rodzących oraz w porożu. *Ginekol Pol* 2008;79:567-77.
6. Cavalieri TA. Management of pain in older adults. *J Am Osteopath Assoc* 2002;102:481-5.
7. Aubrun F, Marmion F. The elderly patient and postoperative pain treatment. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2007;21(1):109-27.
8. Kaye AD, Baluch A, Scott JT. Pain management in the elderly population: a review. *Ochsner J* 2010;10(3):179-87.
9. Taylor LJ, Harris J, Epps CD, Herr K. Psychometric evaluation of selected pain intensity scales for use with cognitively impaired and cognitively intact older adults. *J Assoc Rehab Nurses* 2013;30(2):55-61.
10. Duignan M, Dunn V. Barriers to pain management in emergency departments 2008;15(9):30-4.
11. Ware LJ, Bruckenthal P, Gail CD, O'Conner-Von SK. Factors that influence patient advocacy by pain management nurses: results of the American society for pain management nursing survey. *J Am Soc Pain Manag Nurses* 2011;12(1):25-32.
12. Coker E, Papaioannou A, Kaasalainen S, Dolovich L, et al. Nurses perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units. *Appl Nurs Res* 2010;23:139-46.
13. Herr KA, Spratt K, Mobily PR, Richardson G. Pain intensity assessment in older adults: use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *Clin J Pain* 2004;20(4):207-19.
14. Motov SM, Khan AN. Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? *J Pain Res* 2009;2:5-11.