

ARTYKUŁ POGLĄDOWY/REVIEW PAPER

Otrzymano/Submitted: 13.06.2012 • Poprawiono/Corrected: 25.09.2012 • Zaakceptowano/Accepted 25.09.2012

© Akademia Medycyny

Udział pielęgniarki w procesie terapii bólu pooperacyjnego – część I

Role of a nurse in the process of therapy of postoperative pain - part I

Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska¹, Mirosława Ogrodniczuk², Sebastian Dąbrowski³

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Gdański Uniwersytet Medyczny, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, UCK

² Spire Harpenden Hospital, United Kingdom

³ Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Powiatowe Centrum Zdrowia NZOZ w Malborku



Streszczenie

Leczenie bólu pooperacyjnego jest zadaniem interdyscyplinarnym i wymaga dobrej współpracy całego personelu medycznego, zarówno chirurgów, anestezjologów, jak i pielęgniarek opiekujących się chorymi po zabiegu operacyjnym. Nadal wielu chorych odczuwa silny i umiarkowany ból pooperacyjny. Istotnym zagadnieniem w terapii bólu jest poziom wiedzy i stosunek do tego problemu zarówno u personelu medycznego, jak i u pacjentów. Pielęgniarki odgrywają jedną z ważniejszych ról w procesie leczenia bólu pooperacyjnego, ponieważ identyfikują pacjenta z bólem, systematycznie oceniają nasilenie bólu za pomocą dostępnych skal do pomiaru bólu, jak również podejmują działania mające na celu złagodzenie bólu. Ważnym aspektem jest również dobra współpraca z wielospecjalistycznym zespołem w koordynowaniu leczenia bólu oraz wspólne, systematyczne doszkalanie. *Anestezjologia i Ratownictwo 2012; 6: 332-338.*

Słowa kluczowe: edukacja, ból ostry, skale natężenia bólu

Abstract

Treatment of post-operative pain is an interdisciplinary task and requires a good collaboration of the whole medical staff, both surgeons, anesthesiologists, and nurses caring for patients after surgery. Still, many patients feel strong and moderate post-operative pain. An important issue in the treatment of pain is a level of knowledge and attitude to this problem in both medical staff and patients. Nurses play one of the most important roles in the treatment of postoperative pain, because they identify patients with pain, systematically assess pain intensity using the available scales for measuring it, as well as take action to alleviate the pain. Good cooperation with the multidisciplinary team to coordinate treatment of pain and regular retraining are also an important aspect. *Anestezjologia i Ratownictwo 2012; 6: 332-338.*

Keywords: education, acute pain, pain intensity scales

Wprowadzenie

W 1986 roku Narodowy Instytut Zdrowia (*National Institute of Health – NIH*) Wielkiej Brytanii dostrzegł szczególne znaczenie roli pielęgniarki w procesie leczenia bólu. Dlatego też, w opublikowanych wytycznych do pracy pielęgniarek, określił zalecany zakres obowiązków dla pielęgniarki funkcjonującej w środowisku szpitalnym i posiadającej przygotowanie w dziedzinie terapii bólu. Do zakresu jej obowiązków zaliczono następujące obszary funkcjonalne [1]:

- zadania terapii klinicznej, takie jak zgodne z procedurami dawkowanie leków uśmierzających ból, stosownie do kategorii bólu u pacjenta;
- analiza i zastosowanie procedur farmakologicznych i niefarmakologicznych;
- organizacja szkoleń zawodowych i konsultacji dla pozostałych pielęgniarek;
- aktywny udział w pracach badawczych.

Brytyjski Narodowy Instytut Zdrowia, w publikowanych przez tę organizację wytycznych, podkreślił znaczenie roli pielęgniarek, stwierdzając, że pełnią one kluczową rolę w ocenie bólu i jego terapii, a ich obecność i umiejętności będą coraz bardziej zyskiwać na znaczeniu. Dodatkowo, w swoich oficjalnych wytycznych, Instytut zalecił, aby wszyscy członkowie szpitalnych zespołów medycznych pogłębiali swoją wiedzę o naturze bólu, a także zalecił kompleksowe podejście do terapii bólu oraz ujęcie tego zagadnienia w programach nauczania zarówno na etapie edukacji przygotowującej do zawodów medycznych, jak i edukacji doskonalącej. W Wielkiej Brytanii rozwój programów leczenia bólu rozległego (*Dedicated Acute Pain Services – APS*) nastąpił w latach 90., po opublikowaniu przez Królewską Szkołę Chirurgii i Królewską Szkołę Anestezjologii niezwykle wpływowego raportu, który zidentyfikował bardzo niskie standardy szpitalnej opieki pooperacyjnej i zarekomendował utworzenie szpitalnych zespołów interdyscyplinarnych mających przejąć odpowiedzialność za leczenie bólu, szkolenie personelu, wykonywanie audytu i prowadzenie prac badawczych [1,2]. Chociaż ideą początkową programów leczenia bólu było złagodzenie pooperacyjnego bólu uogólnionego, to wkrótce rozszerzyły się one na leczenie bólu nowotworowego oraz nienowotworowego bólu przewlekłego [3]. W 2003 roku zarówno Królewska Szkoła Anestezjologii, jak i Brytyjskie Towarzystwo Bólu uznały udział pielęgniarek specjalistycznych w programach leczenia bólu jako dobrą

praktykę medyczną. Obecnie w Wielkiej Brytanii pielęgniarki są zaangażowane w realizację około 80% programów leczenia bólu i poświęcają im największą ilość czasu ze wszystkich grup zawodowych w systemie opieki zdrowotnej. Rola, jaką pielęgniarki odgrywają w zespołach leczenia bólu podlega nieustannym zmianom. Badanie przeprowadzone pośród pielęgniarek specjalistycznych leczenia bólu, które są członkami Brytyjskiego Towarzystwa Bólu pokazują, że niektóre z nich obecnie zajmują się wszystkimi szpitalnymi przypadkami leczenia bólu, a nie tylko bólem pooperacyjnym [4]. W celu skutecznej realizacji powyższych zadań, do wszystkich programów nauczania pielęgniarek wdrożono zagadnienia dotyczące terapii bólu. Dodatkowo, większości pielęgniarek wykonujących zawód w środowisku ogólnomedycznym, akademickim lub badawczym, stworzono warunki do pogłębienia wiedzy poprzez system stypendiów naukowych umożliwiających studia nad leczeniem bólu. W środowisku szpitalnym dostrzeżono też rolę pielęgniarki ogólnej, zauważając, że pielęgniarki tego szczebla mają najbardziej wszechstronny i bliski kontakt z osobami doświadczającymi bólu. Zdefiniowano dla nich również obszary kluczowych kompetencji w postaci rodzajów interwencji medycznej dotyczącej leczenia bólu, które powinna umieć zapewnić pielęgniarka. Obejmują one:

- informację przedoperacyjną mającą na celu redukcję u chorego stresu związanego z zabiegiem operacyjnym,
- plany opieki pielęgniarskiej odzwierciedlające indywidualne potrzeby pacjenta, oparte na indywidualnych preferencjach i osobistej aktywności,
- wdrażanie metod nie farmakologicznych.

Efektywne leczenie bólu zostało uznane za podstawowe prawo pacjenta, które wymaga kompleksowych umiejętności pielęgniarskich i aktywnego podejścia do problematyki bólu. Stawia to pielęgniarki w szczególnej pozycji, gdyż ze wszystkich osób profesjonalnie zajmujących się ochroną zdrowia spędzają one najwięcej czasu z pacjentami, i z tego względu muszą być kompetentne w leczeniu bólu. Wyszkolone i doświadczone pielęgniarki powinny być zdolne do działania, tak aby ból był leczony terminowo i we właściwy sposób. Na skutek przeprowadzonych analiz określono również, że programy nauczania pielęgniarek powinny uwzględnić problematykę bólu jako zagadnienie obowiązkowe, tak aby wyposażyć przyszłe pielęgniarki w odpowiednie nastawienie, wiedzę i umiejętności niezbędne do

przeprowadzenia właściwej analizy i leczenia stanu bólowego, od samego początku ich kariery zawodowej. Proces podejmowania decyzji przez pielęgniarki oraz sposób realizacji terapii bólu wpływają na jakość opieki nad pacjentami. Pielęgniarki pracujące w salach pooperacyjnych mają inny stosunek do leczenia przeciwbólowego pacjentów niż pielęgniarki z oddziałów zabiegowych (np. chirurgia, laryngologia, neurochirurgia itp.). Ponadto, pielęgniarki z sali pooperacyjnej posiadają większą wiedzę w leczeniu bólu, ponieważ zazwyczaj pracują z anestezjologami, którzy są ekspertami w multimodalnych terapiach bólu [5]. Wynika z tego wniosek, że praca w zespole interdyscyplinarnym pomaga lepiej zrozumieć problematykę bólu pooperacyjnego oraz zasady jego leczenia. Rola pielęgniarki w procesie oceny stanu bólowego i jego terapii będzie w głównej mierze zależać od grupy pacjentów, którymi się opiekuje, środowiska, w którym prowadzona jest opieka, a także od wykształcenia i doświadczenia zawodowego danej pielęgniarki. Pielęgniarka, która specjalizuje się na tym szczeblu zawodowym musi posiadać coraz bardziej zaawansowane umiejętności w dziedzinie oceny stanów bólowych, farmakologii, wyboru sposobów i czasokresów dozowania leków, a także uczestnictwa w interwencjach nefarmakologicznych [1].

Standardy leczenia bólu pooperacyjnego w Polsce

Pomimo dostępnych możliwości uśmierzania bólu po zabiegu operacyjnym wciąż są one stosowane w zbyt małym zakresie. W polskim społeczeństwie pokutuje mit, że po operacji „musi boleć”. Leczenie bólu pooperacyjnego w Polsce wymaga znaczącej poprawy, dlatego Polskie Towarzystwo Badania Bólu - PTBB, podjęło działania zmierzające do wprowadzenia standardów leczenia bólu pooperacyjnego. W 2007 roku zespół ekspertów Polskiego Towarzystwa Badania Bólu oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego opracował wytyczne dotyczące leczenia ostrego bólu po zabiegach ginekologicznych. W czerwcu 2008 roku PTBB opracowało i opublikowało zalecenia: „Uśmierzania bólu pooperacyjnego - zalecenia 2008”. Wytyczne zwracają szczególną uwagę na kwestie bezpieczeństwa podawanych leków przeciwbólowych oraz na konieczność regularnego monitorowania bólu pooperacyjnego i edukacji personelu medycznego w zakresie uśmierzania bólu pooperacyjnego. W roku

2011 nastąpiła aktualizacja wytycznych – „Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym”. Obecne zalecenia uwzględniają założenia *Evidence-Based Medicine* - *EBM*, czyli medycyny opartej na dowodach naukowych [6].

Przygotowanie pielęgniarek do udziału w terapii bólu pooperacyjnego

W Polsce przygotowanie do opieki nad pacjentem z ostrymi dolegliwościami bólowymi w pełnym zakresie posiadają pielęgniarki, które odbyły kurs kwalifikacyjny lub specjalizację z zakresu „Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki” lub kurs specjalistyczny „Terapia bólu ostrego u dorosłych” – dla pielęgniarek i położnych. Po kursie specjalistycznym pielęgniarka ma zapewnić opiekę pacjentowi dorosłemu, w zakresie uśmierzania bólu ostrego poprzez:

- monitorowanie przebiegu leczenia przeciwbólowego u chorych,
- podawanie leków w celu uśmierzania bólu ostrego w zakresie zlecenia lekarskiego, także z wykorzystaniem technik analgezji regionalnej,
- modyfikację dawki leku przeciwbólowego w zakresie zlecenia lekarskiego na podstawie monitorowania bólu i stanu pacjenta.

Terapia bólu pooperacyjnego odbywa się głównie w porozumieniu z anestezjologiem czy lekarzem prowadzącym (np. chirurgiem), zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich. W niektórych sytuacjach pielęgniarka może doraźnie podać lek przeciwbólowy bez zlecenia lekarskiego. Kwalifikacje i kompetencje pielęgniarek reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego. W terapii bólu ostrego w związku z samodzielnym wykonywaniem świadczeń leczniczych każda pielęgniarka jest uprawniona do podania pacjentowi doraźnie w nagłych wypadkach, bez zlecenia lekarza, m.in. leków przeciwbólowych tj.: paracetamolom, metamizolom natricum drogą doustną lub doodbytniczą. Pielęgniarka systemu wykonująca określone w rozporządzeniu medyczne czynności ratunkowe jest uprawniona do podania pacjentowi doraźnie w nagłych wypadkach, bez zlecenia lekarza leków przeciwbólowych np. ketoprofen drogą domięśniową, dożylną i doszpikową, morphine sulphate drogą

podskórną, domięśniową, dożylną i dożypikową [7]. W związku z odpowiedzialnością zawodową pielęgniarki, oczywiste jest, że każde samodzielne podanie leku przeciwbólowego wiąże się z przeprowadzeniem wywiadu z pacjentem, czy nie jest on uczulony na dany lek a dobranie odpowiedniego leku przeciwbólowego i jego dawki są zależne od stanu pacjenta czy kategorii bólu, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Uśmierzanie bólu pooperacyjnego wymaga dobrej współpracy całego personelu medycznego, co dotyczy zarówno chirurgów, anestezjologów, rehabilitantów, jak i pielęgniarek opiekujących się chorymi po zabiegu operacyjnym. Przedstawiciele tych specjalności i zawodów powinni systematycznie podnosić swoje kwalifikacje i wiedzę z zakresu leczenia bólu pooperacyjnego. Powinni brać udział w szkoleniach stacjonarnych organizowanych przez szpital co najmniej raz w roku. Ważne jest, aby szkolenia odbywały się wspólnie dla wszystkich specjalistów. Istotą szkoleń i treningów jest osiągnięcie, przez personel medyczny, pożądanych kompetencji w dziedzinie leczenia bólu pooperacyjnego. Szkolenia mogą odbywać się w formie wykładów, pogadanek, czy platformy *e-learningowej*. Do wiadomości personelu opiekującego się pacjentami wymagającymi leczenia przeciwbólowego powinny być przedstawione roczne sprawozdania z działalności zespołu bólowego, celem weryfikacji błędów i nieprawidłowości w leczeniu bólu [8]. Warto zauważyć, że pielęgniarki w Szwecji w chwili tworzenia APS w 1991 roku, nie posiadały wystarczającej wiedzy na temat leczenia bólu. Jednakże systematyczne szkolenia, codzienne konsultacje z zespołami bólowymi doprowadziły do bezpiecznego i skutecznego leczenia bólu [9].

Edukacja pacjentów

Przedoperacyjna edukacja zwiększa wiedzę na temat bólu i zachęca do bardziej pozytywnego nastawienia do uśmierzania bólu.

Edukacja powinna dotyczyć:

- metod pomiaru bólu - poprzez omówienie z chorym narzędzi, przy pomocy których będzie ono mierzone i sposobu posługiwania się nimi oraz ustalenie poziomu natężenia bólu, przy którym będzie wdrażane postępowanie przeciwbólowe;
- przekazaniu pacjentowi informacji dotyczących metod postępowania przeciwbólowego, które mogą być u niego zastosowane;
- omówieniu z pacjentem planu postępowania

przeciwbólowego;

- wyjaśnieniu pacjentowi znaczenia przekazywania przez niego prawdziwej informacji o jego odczuciach bólowych (unikanie stoicyzmu i zawyżania wartości poziomu bólu) oraz
- wyjaśnieniu znaczenia leczenia bólu pooperacyjnego dla całości procesu terapeutycznego.

Edukacja powinna być prowadzona przez anestezjologa przygotowującego pacjenta do znieczulenia oraz pielęgniarkę w okresie przedoperacyjnym, przy pomocy materiałów edukacyjnych z wykorzystaniem broszur, filmów, plakatów. Z badań wynika, że pisemna informacja przekazywana pacjentom przed wizytą anestezjologa jest skuteczniejsza niż informacje podawane ustnie podczas zbierania wywiadu [9-11].

Rozpoznanie i ocena stanu bólowego u pacjenta

Gdyby tylko pacjenci zawsze mogli powiedzieć personelowi medycznemu, że ich boli, a tenże byłby za każdym razem gotów zaakceptować tę informację jako niepodważalny fakt, ocena bólu i jego terapia byłyby znacznie łatwiejsze niż do tej pory [12]. Problem jednak polega również na tym, że personel medyczny nie zawsze wierzy informacjom podawanym przez pacjenta, a jednocześnie sami pacjenci nie zawsze mogą lub chcą poinformować o swoim bólu. Niektórzy z pacjentów, pomimo dokuczającego im bólu, potrafią zaprzeczać jego występowaniu lub odmawiają terapii.

Pielęgniarka powinna przestrzegać zasad prawidłowej oceny bólu:

- natężenie bólu powinno być oceniane zarówno w spoczynku, jak i przy ruchach, co pozwoli ocenić stan funkcjonalny pacjenta;
- jeżeli ból ma duże natężenie to w oddziale pooperacyjnym, gdzie pacjent pozostaje pod obserwacją, natężenie bólu należy oceniać często, początkowo nawet co 15 minut, aby szybko uzyskać odpowiedź czy zastosowane leczenie było skuteczne. Jeżeli natężenie bólu zmniejsza się, jego natężenie powinno oceniać się co 1-2 godziny;
- w oddziale chirurgicznym ból również należy oceniać, uśmierzać i ponownie oceniać, co cztery do sześciu godzin, aby mieć kontrolę również nad skutecznością zastosowanego leczenia;
- leczenie bólu powinno być zawsze wdrożone lub zmodyfikowane, jeżeli w jedenastopunktowej skali numerycznej ból w spoczynku wynosi 3 lub

więcej a przy ruchach 4 lub więcej punktów;

- zarówno natężenie bólu, jak i reakcja na zastosowane leczenie, z uwzględnieniem objawów niepożądanych, powinno być udokumentowane w sposób czytelny na prostych i przejrzystych formularzach;
- szczególnej uwagi wymagają pacjenci z zaburzeniami poznawczymi lub trudnościami w komunikowaniu się;
- nieoczekiwany wzrost natężenia bólu, szczególnie jeśli towarzyszą mu inne objawy, takie jak nadciśnienie tętnicze, tachykardia lub gorączka, wzmożone napięcie powłok brzucha, lokalne wystąpienie lub nasilenie zmian obrzękowych, powinien być oceniony w celu rozpoznania przyczyny takiego stanu i wdrożenia właściwego postępowania. Dotyczyć to może między innymi: infekcji, rozejścia się rany operacyjnej czy zakrzepicy żył głębokich kończyn dolnych [6,9,10,12].

Ocena pacjenta doświadczającego bólu dokonywana przez pielęgniarkę w sali pooperacyjnej jest kluczowym komponentem w zapewnieniu efektywnego leczenia bólu. Systematyczny proces oceny stanu bólowego, metody jego pomiaru oraz ponownej analizy zwiększają zdolność personelu szpitalnego do osiągnięcia:

- zmniejszenia poziomu odczuwania bólu;
- poprawy komfortu leczenia;
- poprawy funkcji fizycznych, fizjologicznych i psychologicznych;
- wzrostu satysfakcji z procesu leczenia bólu [12,13].

Gdy pielęgnujemy pacjenta z bólem, za każdym razem musimy pytać o jego odczucia, tak aby ustalić czy udało nam się ulżyć w jego cierpieniu. Dopóki nie otrzymamy informacji od pacjenta, nie wiemy nic o jego bólu ani o skutkach jego leczenia. Opieka nad pacjentem z bólem jest dla pielęgniarki prawdziwym wyzwaniem. Odczucie bólu jest bowiem objawem bardzo subiektywnym. To, co dla jednej osoby jest bólem akceptowalnym, dla innej jest nie do zniesienia. Dlatego też w ocenie stanu bólowego pacjenta, pielęgniarka ma do czynienia ze złożoną sytuacją, na którą składa się kilka czynników. Pierwszym z nich jest ocena wiarygodności pacjenta z perspektywy opiekującej się nim pielęgniarki, gdzie zderzają się oceny osobiste i intuicja z profesjonalnym podejściem do problemu bólu. Drugim czynnikiem jest relacja emocji do bólu, czyli reakcja w stosunku do przyczyny. Emocjonalna reakcja na ból nie oznacza, że ból został

spowodowany przez problemy emocjonalne. Ból pacjenta nie ustąpi tylko dlatego, że powstrzyma on swoje emocje. Kolejnym czynnikiem jest przyczyna bólu. W powszechnym odbiorze każdy ból posiada identyfikowalne fizyczne przyczyny. Tymczasem każdy ból jest rzeczywisty bez względu na przyczyny występowania i niemal na każdą sytuację bólową składają się zarówno fizyczne, jak i psychiczne elementy. Na koniec pozostaje jeszcze czynnik tolerancji na ból, który można zdefiniować jako czas trwania lub intensywność bólu, jakie pojedyncza osoba jest gotowa znieść [2,14]. W tym przypadku również dochodzi do wielu nieporozumień w relacji pielęgniarka–pacjent z bólem. We wciąż dość powszechnej opinii, personel szpitalny przyjmuje założenie, że im bardziej pacjent jest doświadczony w odczuwaniu bólu i im dłużej trwa stan bólowy, tym granica tolerancji pacjenta na ból wzrasta. Tymczasem poziom tolerancji pacjenta na ból różni się nie tylko pomiędzy poszczególnymi osobami, ale nawet ta sama osoba może różnie odczuwać ból w zależności od okoliczności. Dlatego też poziom tolerancji bólu powinien pozostawać poza sferą oceny przez pielęgniarki i lekarzy. Szacunek dla pacjenta i jego poziomu odczuwania bólu stanowi element krytyczny we właściwej ocenie stanu bólowego.

Na doświadczenie zawodowe pielęgniarki opiekującej się pacjentem z bólem pooperacyjnym składa się zdobyta przez lata pracy wiedza, obejmująca stosunek do otaczających zjawisk, ich analiza, zbiór wartości i opinii, tło kulturowe i historyczne oraz wpływy, które ukształtowały każdego z ludzi jako jednostkę. Czynniki te mają istotny wpływ na sposób, w jaki pielęgniarka dokonuje oceny, analizy oraz interpretacji informacji, zachowań oraz reakcji fizycznych i wyglądu pacjenta. Największą 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 bólu pacjenta mogą być pozbawione obiektywizmu

Tabela 1. Najczęstsze błędy popełniane przy ocenie pacjentów uskarżających się na ból

Table 1. The most common errors committed when evaluating patients reporting pain

Lp.	Niezrozumienie	Prawidłowo
1.	Personel szpitalny jest autorytetem w zakresie występowania i charakteru stanów bólowych pacjenta.	Osoba doświadczająca bólu jest jedynym autorytetem w zakresie istnienia i charakteru bólu, gdyż zjawisko bólu może być odczuwane jedynie przez osobę, którą boli.
2.	Nasze osobiste opinie i intuicja w ocenie prawdopodobności innych osób są wartościowymi narzędziami przy ocenie czy pacjent mówi prawdę o swoim bólu.	Osobiste opinie i intuicja nie składają się na profesjonalne podejście do problemu bólu.
3.	Ból to w większości problem emocjonalny lub psychologiczny, szczególnie u pacjentów z depresją lub bardzo niespokojnych.	Emocjonalna reakcja na ból nie oznacza, że ból został wywołany przez problem emocjonalny.
4.	Pacjenci kłamią, gdy mówią o swoim bólu lub go symulują.	Bardzo mało osób twierdzących, że doświadcza bólu kłamie. Udawanie bólu jest bardzo rzadkie.
5.	Pacjent, który doznaje korzyści lub jest traktowany preferencyjnie ze względu na ból nie doznaje takiego bólu, jak sam twierdzi.	Pacjent, który wykorzystuje swój ból do osiągnięcia dodatkowej korzyści nie oznacza tej samej osoby, co symulant.
6.	Każdy rzeczywisty ból ma identyfikowalną przyczynę fizyczną.	Każdy ból jest rzeczywisty bez względu na jego przyczynę. Niemal każdy ból ma elementy fizyczne i psychiczne. Ból psychogeniczny występuje rzadko.
7.	Bólowi towarzyszą widoczne znaki psychologiczne lub behawioralne i można je wykorzystać do weryfikacji występowania bólu i jego natężenia.	Nawet przy intensywnym bólu zdarzają się okresy minimalnego lub zerowego jego występowania. Brak wyrażania bólu nie oznacza automatycznie braku jego występowania.
8.	Porównywalny bodziec fizyczny wywołuje porównywalny ból u różnych ludzi. W oparciu o niego, czas trwania i natężenie bólu są dokładnie przewidywalne.	Porównywalny bodziec nie wytwarza tej samej intensywności bólu u różnych ludzi. Nie ma żadnego bezpośredniego związku pomiędzy jakimkolwiek stymulatorem a odczuwaniem bólu.
9.	Osoby doświadczające bólu powinny być uczone wyższej tolerancji na ból. Im dłuższy czas trwania bólu lub im bardziej pacjent jest doświadczony, tym jego tolerancja na ból powinna być większa.	Tolerancja na ból jest unikalną odpowiedzią jednostki, różniącą się pomiędzy pacjentami a także mającą zmienne wartości u tego samego pacjenta w zależności od okoliczności. Osoby z długotrwałym bólem mają tendencję do niskiego progu tolerancji.
10.	Tam, gdzie pacjent zgłasza ustąpienie bólu po zastosowaniu placebo oznacza, że pacjent jest symulantem lub ból ma podłoże psychogeniczne.	Nie ma najmniejszego dowodu w literaturze fachowej uzasadniającego użycie placebo do zdiagnozowania osoby symulującej lub bólu psychogenicznego.

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 demonstruje braki z podstawowej wiedzy w zakresie leczenia bólu. Ogólne zestawienie błędów popełnianych przez personel szpitalny przy ocenie pacjentów z bólem przedstawia tabela 1 [4,14].

Adres do korespondencji:

✉ Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska

Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego

Gdański Uniwersytet Medyczny

ul. Dębinki 7, 80-952, Gdańsk

☎/F (48 58) 349 12 92

✉ wioletta.medrzycka@gumed.edu.pl

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. McDonnell A, Nicholl J, Read SM. Acute Pain Teams in England: current provision and their role in postoperative pain management. *J Clin Nurs* 2003;12:387-93.
2. Bowden M.I. Leczenie bólu w okresie pooperacyjnym. Birmingham Women's Hospital NHS Trust, Birmingham 2009.
3. Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain management: a fundamental human right. *Anast Analg* 2003;105:205-21.
4. Briggs M. Principles of acute pain assessment. *Nurs Stand* 1995;9:20-7.
5. Burrows D. Engaging Patients in Their Own Pain Management. PChD Thesis. Brunel University 2000.
6. Misiólek H, Mayzner-Zawadzka E, Dobrogowski J, Wordliczek J. Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym. *Ból* 2011;12:9-33.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.
8. De Rond M, De Wit R, Van Dam F. The implementation of a pain monitoring programme for nurses in daily clinical practice; results of a follow up study in five hospitals. *J Advanc Nurs* 2001;29:590-8.
9. Rawal N. Organization, Function, and Implementation of Acute Pain Service. *Anesthesiol Clin North America* 2005;23:211-25.
10. Fletcher J. Framework guidelines for wound care. *Professional Nurse* 2000;17:917-21.
11. Cote CJ. Unapproved uses of approved drugs. *Paediatr Anesth* 1997;7:91-2.
12. Dobrogowski J, Mayzner-Zawadzka E, Drobnik L, Kusza K, Woroń J, Wordliczek J. Uśmierzenie bólu pooperacyjnego - zalecenia 2008. *Ból* 2008;9:9-22.
13. Recommendations of the Committee of Ministers to member States on the development and implementation of quality improvement systems in health care. Strasbourg 1997;R(97)17.
14. Cox F. Perioperative pain management. Royal Brompton & Harefield NHS Trust. Wiley-Blackwell; 2009.