

## ARTYKUŁ POGLĄDOWY/REVIEW PAPER

Otrzymano/Submitted: 08.04.2014 • Poprawiono/Corrected: 01.09.2014 • Zaakceptowano/Accepted: 08.09.2014

© Akademia Medycyny

### **Metody przedoperacyjnej edukacji pacjenta w zakresie leczenia bólu pooperacyjnego – przegląd piśmiennictwa**

### ***Methods of preoperative patient education in the treatment of postoperative pain – literature review***

**Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska**

Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Gdański Uniwersytet Medyczny



### **Streszczenie**

Zapewnienie przedoperacyjnej edukacji pacjenta w zakresie leczenia bólu pooperacyjnego zwiększa wiedzę na temat bólu i zachęca do bardziej pozytywnego nastawienia do uśmierzania bólu. Pacjenci zyskują umiejętności i pewność siebie niezbędne do aktywnego uczestnictwa w leczeniu. Jego skuteczne leczenie prowadzi natomiast do uzyskania lepszego poziomu satysfakcji pacjenta. Nie ma konsensusu, czy edukacja pacjentów rzeczywiście zmniejsza doświadczenie bólu. *Anestezjologia i Ratownictwo 2014; 8: 356-360.*

*Słowa kluczowe: okres przedoperacyjny, edukacja, ból*

### **Abstract**

Providing preoperative education about postoperative pain (POP) can improve patients' knowledge as well as encouraging a positive attitude towards treating it. It provides realistic expectations about POP and its management, reduces anxiety and increases patient satisfaction. There is no consensus about whether educational interventions actually reduce the experience of pain. *Anestezjologia i Ratownictwo 2014; 8: 356-360.*

*Keywords: preoperative, education, pain*

### **Wstęp**

Badania naukowe udowadniają już od końca lat 90. XX wieku, że większość pracowników opieki zdrowotnej dysponują wiedzą i umiejętnościami z zakresu leczenia bólu na poziomie niższym, niż przeciętny. Niewiele zmieniło się w tym zakresie w ciągu ostatnich 20 lat. Programy nauczania w większości uczelni medycznych, pielęgniarstkich i farmaceutycznych nie ujmują zagadnień związanych z leczeniem bólu w stopniu adekwatnym do potrzeb. Doświadczenie bólu jest powszechne i ma charakter złożony, zajęcia akade-

mickie oraz medyczne kształcenie ustawiczne w tym zakresie pozostają nieobowiązkowe [1]. Ferrell et al. w badaniu podręczników pielęgniarstwa, dotyczących problemu leczenia bólu w UK, stwierdzili, że jedynie 0,5% całej treści jest poświęcona bólowi [2]. Brak wiedzy i brak czasu na edukację stanowią najczęściej wymienianą przeszkodą w skutecznym zwalczaniu bólu przez pielęgniarki [3]. Przedoperacyjna edukacja pacjenta zwiększa wiedzę na temat bólu i zachęca do bardziej pozytywnego nastawienia do uśmierzania bólu. Pacjenci zyskują umiejętności i pewność siebie niezbędne do aktywnego uczestnictwa w skutecznym

leczeniu, a to prowadzi natomiast do uzyskania lepszego poziomu satysfakcji pacjenta [4,5]. Dla potrzeb doskonalenia interakcji z pacjentem, pracownicy opieki zdrowotnej powinni robić wszystko, aby rozwijać swoją wiedzę kliniczną i nauczyć się przekazywać ją pacjentom w sposób zrozumiały. Edukowanie osób odczuwających ból, ich opiekunów pomaga wszystkim zorientować się w jaki sposób wyważyć różnorodne możliwości terapeutyczne w odniesieniu do własnych priorytetów w tym zakresie. Pomaga to osobą indywidualnym odczuwać słuszność własnego wyboru i wzmacnia ich przekonania do niego, co zapewnia przestrzeganie wybranej terapii. Osoby, które aktywnie uczestniczą w swoim leczeniu, częściej zgłaszają lepsze wyniki i lepszą satysfakcję z dokonanego wyboru leczenia i ogólnej opieki, niż osoby mniej zaangażowane [1,6,7]. Założenie wspólnego podejmowania decyzji nakłada na pracowników opieki zdrowotnej wymóg etyczny, jakim jest obowiązek pełnego informowania pacjenta o zaletach dostępnych multimodalnych możliwości leczenia oraz związanym z nimi ryzyku, przy jednoczesnym zachowaniu pewności, że w procesie podejmowania decyzji najważniejszym czynnikiem pozostają potrzeby i preferencje pacjenta [8].

Celem pracy jest przedstawienie znaczenia i sposobów edukacji pacjenta w zakresie leczenia bólu pooperacyjnego, na podstawie analizy dostępnego piśmiennictwa naukowego opartego na Evidence Based Medicine. Do omówienia tematu przeanalizowano 15 artykułów dostępnych w bazach danych (PubMed, OVID, Web of Science, EBSCO), które ukazały się w ciągu ostatnich trzynastu lat (2000-20013).

### **Edukacja pacjentów jako priorytet**

Edukowanie pacjentów ma podstawowe znaczenie dla podnoszenia jakości leczenia bólu. Badania pokazują, że udane działania edukacyjne w tym zakresie skutkują poprawą wyników i lepszym postrzeganiem protokołów leczenia, jak również wzrostem satysfakcji pacjentów. Z tego powodu jest bardzo istotne, aby poświęcić czas na edukację pacjentów doświadczających bólu, dzięki czemu zyskają niezbędną wiedzę niezbędną do świadomego korzystania z leczenia i samodzielnego działania. Chociaż istnieją wytyczne przygotowane przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu - PTBB, które są pomocne w nadawaniu impetu rozwojowi edukacji i świadomości w tym zakresie nadal jest jeszcze wiele do zrobienia [4]. Lekarze i pielęgniarki są dla społeczeństwa głównym źródłem

informacji, powinni być przygotowani do działania w charakterze edukatorów zdrowotnych i powinni to traktować priorytetowo [5]. Wokół bólu narosło wiele mitów i błędnych przekonań, co sprawia, że zadanie przekazywania pacjentom informacji dotyczących bólu i jego leczenia staje się jeszcze większym wyzwaniem [1].

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

Edukacja powinna dotyczyć [9,10]:

- informowania pacjenta, że po zabiegu operacyjnym będzie występował ból, który będzie badany i leczony;
- informowania o systematycznym kontrolowaniu bólu. Przed zabiegiem operacyjnym chorego należy w miarę możliwości zapoznać z narzędziami (np. skala bólowa numeryczna lub wizualna), przy pomocy których będzie mierzone natężenie bólu, sposobu posługiwania się nimi oraz ustalenie poziomu natężenia bólu, przy którym będzie wdrażane postępowanie przeciwbólowe;
- informowanie chorych o możliwości powiadomienia personelu medycznego oddziału, na którym przebywa chory o odczuwaniu silnych dolegliwości bólowych i nieskutecznym leczeniu przeciwbólowym;
- informowania chorego o skutecznych metodach leczenia bólu regionalnego i systemowego, które mogą być u niego zastosowane np. pompa PCA,
- omówienia z pacjentem planu postępowania przeciwbólowego;
- działań niepożądanych np. nudności, zawroty głowy, zaburzenia czucia lub osłabienie mięśniowe, które mogą wystąpić wskutek zabiegu, znieczulenia lub stosowanego leczenia przeciwbólowego, które mogą chorego niepokoić i zniechęcać do metod leczenia;
- wyjaśnienia pacjentowi znaczenia przekazywania przez niego prawdziwej informacji o jego odczuciach bólowych (unikanie stoicyzmu i zawyżania wartości poziomu bólu) oraz
- wyjaśnienia znaczenia leczenia bólu pooperacyjnego dla całości procesu terapeutycznego.

### **Narzędzia edukacyjne**

Strategie i narzędzia do edukacji pacjentów powinny obejmować różnorodne nośniki sprzyjające

edukacji masowej. Mogą to być udostępnione w poczekalniach broszury, biuletyny i plakaty, materiały wideo, materiały audio, strony internetowe przychodni i szpitali, dzienniczki bólu, polecane pacjentom wiarygodne strony internetowe, ustrukturyzowane programy edukacyjne/coachingowe oraz narzędzia internetowe [1].

Poszukując informacji dotyczących zdrowia, ludzie korzystają z bardzo różnych źródeł. Wiele osób polega na źródłach tradycyjnych – pracownikach medycznych, internecie, książkach, przyjaciołach, krewnych, środkach masowego przekazu. Liczne badania pokazują, że pracownicy opieki zdrowotnej są wśród źródeł informacji cieszących się największym zaufaniem. Pacjenci uzupełniają najczęściej informacje o charakterze medycznym uzyskane od specjalistów medycznych informacjami z innych źródeł. Powtarzanie tych informacji w różnej formie wzmacni skuteczność przekazu w zakresie treści i pożądaných zmian behawioralnych. Jak wynika z badań, pacjenci natychmiastowo zapominają 40-80% otrzymanych informacji o charakterze medycznym, a prawie połowę z pozostałych informacji zapamiętują nieprawidłowo [11].

## Sposoby edukacji

Ograniczony czas indywidualnego spotkania lekarza czy pielęgniarki z pacjentem może ogromnie utrudniać przekazanie wszystkich najważniejszych informacji podczas przeciętnej wizyty przedoperacyjnej, jest bardzo ważne, aby medycy korzystali z każdej nadarżającej się sposobności edukacyjnej i utrzymywali z pacjentem otwarty dialog. Przykładem ujęć takich działań w rutynowym, codziennym kontakcie w kontekście klinicznym jest zastosowanie takich metod komunikacji, jak „Teach Back”, czy „Tell Back”. Metoda ta jest sposobem sprawdzenia, czy pacjent zrozumiał informacje, które mu przekazano. Potwierdzeniem tego ma być wyjaśnienie „zwrotne”, które pacjent przekazać ma pielęgniarce/lekarzowi, z którymi rozmawia. Może to być również dobra metoda do identyfikacji wyjaśnień i metod komunikacji, które są najbardziej zrozumiałe dla pacjentów [12].

W pomieszczeniach przeznaczonych dla pacjentów, takich jak poczekalnie, pomieszczenia przeznaczone do odpoczynku, na korytarzach, w windach czy w gabinetach można zapewnić różnorodne materiały odpowiednie dla odbiorców o różnym poziomie wykształcenia. Inne strategie obejmują ujmowanie materiałów edukacyjnych dotyczących bólu w pakietach wręczanych pacjentom przy przyjmowaniu do

szpitala czy wypisie. Ogromnie istotne jest wzmocnienie przekazu tych materiałów w czasie spotkania twarzą w twarz z pacjentem. Ujęcie materiałów interaktywnych, które można wykorzystywać w środowisku domowym i przedyskutować podczas kolejnych wizyt [1]. Ważnym zagadnieniem jest przeprowadzanie szkoleń wewnątrzoddziałowych dla pracowników szpitali wszystkich poziomów z zakresu skutków bólu w różnych otoczeniach klinicznych, w których w czasie codziennej pracy mają kontakt z ludźmi odczuwającymi ból [3]. W miarę możliwości przedstawiciele środowiska medycznego mogą prowadzić działania edukacyjne adresowane do lokalnej społeczności. Mogą to być wystąpienia na targach zdrowotnych, spotkania z decydentami, służenie pomocą ekspercką, zachęcanie do wyważonego analizowania zjawiska bólu w środkach masowego przekazu, prowadzenie w lokalnej gazecie stałej rubryki poświęconej bólowi oraz zachęcanie pacjentów do dzielenia się swoimi doświadczeniami związanymi z bólem dla dobra innych ludzi [1].

## Drukowane materiały edukacyjne

Materiały drukowane w postaci eksponowanych w poczekalniach plakatów, list sprawdzających dotyczących samooceny i leczenia bólu oraz ujednoliconych wskazówek mogą dodatkowo wzmocnić przekaz informacji przekazywanych w czasie konsultacji odbywających się twarzą w twarz. Zasoby te mogą również pomagać w zapamiętywaniu wskazówek udzielonych ustnie [1,12].

Wśród barier utrudniających leczenie bólu może występować brak umiejętności rozumienia materiałów edukacyjnych, dlatego powinny one:

- być napisane na poziomie umiejętności czytelnicych uczniów maksymalnie gminazjum,
- zawierać minimalną ilość informacji o danych statystycznych np. jedna na trzy osoby dorosłe, zamiast 33% osób dorosłych,
- być wizualnie atrakcyjne, nieprzeładowane, proste do czytania,
- umożliwić personalizację dla potrzeb indywidualnego pacjenta lub jego diagnozy, skupiać się raczej na działaniu i zachowaniu niż na ogólnej świadomości,
- być uzupełniane wsparciem ustnym i wskazówkami ustnymi, co pozwala na przystosowanie działań edukacyjnych do wiedzy prezentowanej przez pacjenta.

Wśród osób najczęściej doświadczających trudności w zakresie rozumienia informacji o charakterze medycznym znajdują się osoby starsze, osoby które zakończyły edukację na poziomie matury, osoby o niskich dochodach i słabym stanie zdrowia. Badania pokazują, że pacjenci przeżywający trudności komunikacyjne, narażeni są na zwiększone ryzyko doświadczenia negatywnych zdarzeń, którym można zapobiec. Ocena umiejętności pacjenta w tym zakresie opiera się na jego potrzebach komunikacyjnych pisemnych i ustnych a także na określeniu zapotrzebowaniu na przedmioty takie jak aparat słuchowy czy okulary [1].

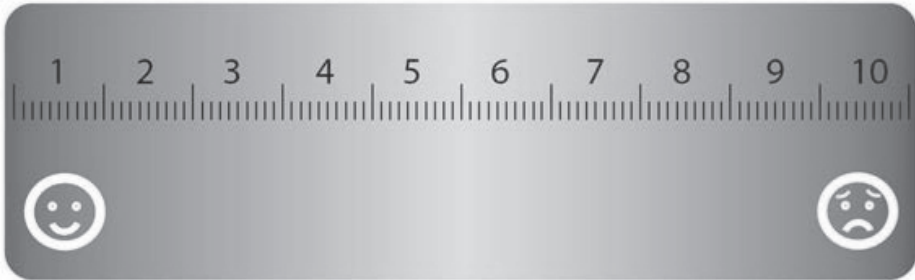
## Skale natężenia bólu

Ból jest doświadczeniem subiektywnym. Jest on niewidoczny dla innych, pacjenci potrzebują instrukcji w zakresie opisywania tego doznania i jego wpływu na różne dziedziny ich życia (Rycina 1). Skale natężenia bólu wykorzystywane w trakcie leczenia szpitalnego i poza szpitalnego mogą służyć jako bodziec do dyskusji i edukacji, zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów, którzy mają trudności z dokładnym opisywaniem intensywności bólu. Choć są one zaledwie jednym z narzędzi wykorzystywanych do ogólnej oceny bólu, mogą pomagać w ustaleniu skuteczności leczenia bólu, gdy zostaną zastosowane w najważniejszych momentach:

**Szanowna/y Pani/Panie,**

Po operacji personel medyczny będzie prosił o ocenę dolegliwości bólowych przy użyciu skali. Skala ma postać linijki o długości 10 cm.

Będzie Pan/Pani wskazywać palcem lub suwakiem nasilenie bólu  
od **0 - zupełny brak bólu** do **10 - najsilniejszy wyobraźalny ból**.



Pomiary te będą odbywały się co kilka godzin, aby ocenić skuteczne leczenie dolegliwości bólowych.

**Legenda:**  
**0** - odpowiada stwierdzeniu „wcale nie odczuwam bólu”,  
**1-3** - oznacza słaby ból,  
**4-6** - oznacza ból średni,  
**7-9** - oznacza ból silny,  
**10** - oznacza ból bardzo silny („najgorszy, jaki mogę sobie wyobrazić”)

Rycina 1. Instrukcja obsługi skali bólowej

Figure 1. User manual pain scale

podczas odpoczynku, w czasie aktywności, w najlepszym i najgorszym momencie dnia, jako ogólna średnia i w odniesieniu do celów wyznaczonych przez pacjenta [13]. Ocena natężenia bólu za pomocą skal i jego dokumentowanie, pomaga lekarzowi i pielęgniarce ocenić program terapii bólu i wprowadzić do niego zmiany zgodnie z kluczowymi celami leczenia bólu jakimi są: zmniejszenie bólu i kłopotliwych skutków ubocznych oraz poprawa funkcjonowania i jakości życia [1].

## Podsumowanie

Zdecydowanie negatywny wpływ na leczenie bólu ma niewystarczająca współpraca lekarzy z pielęgniarkami [14]. Dzięki nastawionej na współpracę relacji między tymi dwoma profesjami, przeszkody napotymane przez pielęgniarki mogłyby być wyeliminowane przez współdziałający zespół. W tym celu powinno się organizować spotkania tych grup zawodowych, na których omawiane byłyby problemy leczenia bólu i analizowane byłby proponowane rozwiązania. Niewystarczające leczenie bólu nie jest problemem niemożliwym do rozwiązania. Edukacja jest skutecznym sposobem usuwania przeszkód stojących na drodze oceny i leczenia bólu.

Powinno się, prowadzić regularne i stałe programy edukacyjne dla wszystkich pracowników medycznych biorących udział w leczeniu bólu. Edukacja oraz aktywne zaangażowanie w leczenie bólu pomagają zapewnić ludziom umiejętności i pewności siebie niezbędne do samodzielnego aktywnego uczestnictwa w opiece nad sobą. Dobierając metody i sposoby edukacji należy mieć na uwadze nie tylko grupę odbiorców, ale również aspekty organizacyjne szpitala, dostępność pomocy edukacyjnych i wykwalifikowanego personelu medycznego.

## 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  
☎/F (48 58) 349 12 47  
✉ wioletta.medrzycka@gumed.edu.pl

## Piśmiennictwo

1. Brown M., Crowe A, Cousins S. Education patients and caregivers about pain management: What clinicians need to know. Moore RJ. (ed.). Handbook of pain and palliative care: biobehavioral approaches for the life course. Baltimore USA: Springer; 2012. pp. 53-67.
2. Ferrell B, Virani R, Grant M, Vallerand A, McCaffery M. Analysis of pain content in nursing textbooks. *J Pain Symptom Manage* 2000;19(3):216-28.
3. Coker E, Papaioannou A, Kaasalainen S, Dolovich L, Turpie I, Taniguchi A. Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units. *Appl Nurs Res* 2010;23: 139-46.
4. Mędrzycka-Dąbrowska W, Ogrodniczuk M, Dąbrowski S. Udział pielęgniarki w procesie terapii bólu pooperacyjnego – część I. *Anest Ratow* 2012;6(2):221-7.
5. Wilson B. Nurses' knowledge of pain. *J Clin Nurs* 2007;6:1012-20.
6. Courtenay M, Carey N. The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2008;17(15):2001-13.
7. Watt-Watson J, Garfinkel P, Gallop R, Stevens B, Streiner D. The impact of nurses' empathic responses on patients' pain management in acute care. *Nurs Res* 2000;49(4):191-200.
8. Rich BA, Dubois M. Pain, Ethics, and Public Policy. *Pain Med* 2011;12(9):1295-96.
9. Recommended guidelines for Pain Management Programmes for adults. The British Pain Society 2007.
10. Misiołek H, Mayzner-Zawadzka E, Dobrogowski J, Wordliczek J. Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym. *Ból* 2011;12:9-33.
11. Kessels RP. Patient's memory for medical information. *J Royal Soc Med* 2003;95(5):219-20.
12. White M, Garbez R, Carroll M, Brinker E, Howie-Esquivel J. Is "Teach-Back" Associated With Knowledge Retention and Hospital Readmission in Hospitalized Heart Failure Patients? *J Cardio Nurs* 2013;28(2):137-46.
13. Horbury C, Henderson A, Bromley B. Influences of patient behavior on clinical nurses' pain assessment: implications for continuing education. *J Contin Educ Nurs* 2005;36:18-24.
14. Coulling S. Nurses' and doctors' knowledge of pain after surgery. *Nurs Stand* 2005;19(34):41-9.
15. Wood S. Postoperative pain 2: patient education, assessment and management. *Nurs Times* 2010;106(46):14-26.