

Rola pielęgniarki w leczeniu bólu po zabiegu operacyjnym

The role of nurses in treating postoperative pain

Emilia Paszkiewicz-Mes

Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi
Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Emilia Paszkiewicz- Mes

ul. Kalonka 40 C

92-703 Łódź

E-mail: emilames@onet.eu

STRESZCZENIE

ROLA PIEŁĘGNIARKI W LECZENIU BÓLU PO ZABIEGU OPERACYJNYM

W związku z rozwojem nauk medycznych ból po zabiegu operacyjnym postrzegany jest jako bardzo ważny problem medyczny zarówno dla pacjenta jak, i zespołu leczącego. Nieprawidłowo leczony jest przyczyną: wielu powikłań pooperacyjnych i przedłużenia się pobytu pacjenta w szpitalu i tym samym powrotu do zdrowia, obniżenia jego jakości życia. Ze względu na duże cierpienie chorego oraz wiele niekorzystnych następstw działania bólu na organizm, personel oddziałów pooperacyjnych powinien podejmować wszelkie możliwe działania zmierzające do jego likwidowania. Obecnie przy wykorzystaniu aktualnego stanu wiedzy możliwe jest skuteczne zwalczanie bólu pooperacyjnego, stosując dostępne metody leczenia. Polskie Towarzystwo Badania Bólu certyfikuje szpitale w Polsce, które stosują standardy w postępowaniu przeciwbólowym. W szpitalu, który uzyskał certyfikat prowadzone są szkolenia dla personelu w zakresie terapii przeciwbólowej, pacjenci poddawani są pomiarom stopnia natężenia bólu oraz prowadzona jest dokumentacja wyników pomiarowych. Kluczową rolę w zwalczaniu doznań bólowych odgrywają pielęgniarki, które spędzają przy chorym najwięcej czasu. Ich rola polega na identyfikowaniu chorego cierpiącego z powodu bólu, ocenie stopnia nasilenia bólu przy pomocy dostępnych skal, podejmowaniu działań zmierzających do likwidowania bólu, udziale w farmakoterapii, prowadzeniu dokumentacji i edukacji chorego. Celem pracy jest analiza roli pielęgniarki, jaką pełni w zwalczaniu bólu po zabiegu operacyjnym.

Słowa kluczowe: ból pooperacyjny, leczenie bólu pooperacyjnego, skale bólu, rola pielęgniarki

ABSTRACT

THE ROLE OF NURSES IN TREATING POSTOPERATIVE PAIN

With the development of medical science, postoperative pain is perceived as a crucial medical issue for both the patients and their medical team. The incorrect treatment is the cause of: numerous postoperative complications, giving rise to the protraction of the patient's stay in hospital, prolonging their return to health and contributing to the lowering of their quality of life. Given the extent of their suffering and the numerous undesirable outcomes which occur as a result of the action of pain on the system, postoperative ward staff should take every possible measure aimed at its elimination. It is now possible to fight pain with the application of current knowledge and available treatment methods. The Polish Society for the Study of Pain awards certificates to hospitals in Poland which apply the relevant pain management standards. The awarded hospitals run pain treatment training courses for their staff, carry out measurements of the intensity of their patients' pain and document the results. A key role in the fight against pain is played by nurses who spend most of the time with the patients. Their work in this area involves recognising when a patient is suffering as a result of pain, evaluating its intensity by means of the scale provided, undertaking actions aimed at its elimination, participating in pharmacotherapy, keeping records and patient education. This article sets out to analyse the role of nurses in the fight against postoperative pain.

Key words: postoperative pain, treatment of postoperative pain, pain scales, role of nurses

WSTĘP

Ból jest odczuciem bardzo powszechnym i towarzyszy ludzkości od momentu narodzin do śmierci [1]. Definicja bólu według Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu mówi, że „ból to subiektywne, nieprzyjemne wrażenie zmysłowe i emocjonalne powstające pod wpływem bodźców uszkadzających tkankę lub zagrażających ich uszkodzeniem albo opisywane jako takie zagrożenie” [1,2,3,4]. Definicja ta zwraca uwagę na występowanie bólu jako zjawiska somatycznego i psychicznego [2]. Ból jest indywidualnym doświadczeniem i subiektywnym odczuciem [4] i nie musi być następstwem działania szkodliwego bodźca. Może być spowodowany faktycznym uszkodzeniem, zagrożeniem takiego uszkodzenia lub wyłącznie czynnikami psychicznymi [3]. Nie ma też granic tego zjawiska. Dlatego też, jeśli chory skarży się na dolegliwości bólowe, a przy tym nie posiada wykładników procesu chorobowego, nie należy bagatelizować jego odczuć [4]. Niezależnie od tego, czy ból jest chorobą samą w sobie, czy tylko jej objawem, wiąże się z reakcjami emocjonalnymi. Bólowi często towarzyszy depresja, gniew, lęk, które wpływają na zachowanie cierpiącego człowieka. Ból jest zjawiskiem nieprzyjemnym, jego odczuwanie stanowi negatywne przeżycie emocjonalne i prowadzić może do zaburzeń psychologicznych oraz uzależnienia od leków lub zabiegów leczniczych. W nowoczesnym rozumieniu ból ma charakter wielowymiarowy, dlatego leczenie powinno być wielodyscyplinarne. Efektywna terapia bólu musi opierać się na zrozumieniu wszystkich komponentów bólu, takich jak anatomii, fizjologii, psychologii oraz warunków socjalnych chorego [1].

BÓL POOPERACYJNY

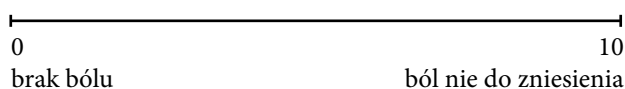
Ból pooperacyjny jest nieprzyjemnym doznaniem uczuciowym i emocjonalnym [5]. Wywołany jest przez chirurgiczne uszkodzenie tkanek i pojawia się wtedy, gdy przestaje działać śródoperacyjna analgezja. Zaliczany jest do bólu ostrego [2,6]. Jego źródłem są uszkodzone tkanki powierzchowne (skóra, tkanka podskórna) oraz uszkodzenie struktur położonych głębiej (mięśnie, powięź i więzadła, okostna) [2,7]. W przypadku rozległego zabiegu chirurgicznego, oprócz bólu somatycznego powierzchownego i głębokiego, pojawia się także element trzewny, wywołany przez skurcz mięśni gładkich, spowodowany zginiataniem, rozciąganiem struktur trzewnych oraz zmianami zapalnymi, bądź pociąganiem lub zginiataniem krezki [6]. Ból po zabiegu operacyjnym ma największe natężenie w pierwszej dobie i zmniejsza się w kolejnych dobach [6,7], ponieważ jest zjawiskiem „samoograniczającym się” [6]. Jest uzależniony od rodzaju operacji, czasu trwania, rozległości oraz stopnia traumatyzacji tkanek. Ważną rolę w percepcji bólu odrywają także inne czynniki, jak: stan zdrowia pacjenta, poprzednie doświadczenia bólowe, stan emocjonalny, poziom lęku związany z postępowaniem operacyjnym, uwarunkowania środowiskowe i osobowościowe [5,6]. Najczęściej ma charakter ostry, tępy, uogólniony, rozlany i miejscowy. Nasila się przy próbach wykonywania ruchów. Jego źródłem są ciała obce (szywy, dreny, krwaki), pobudzające mechanoreceptory czucia nocy-

ceptywnego [3]. Pewne grupy pacjentów mają zwiększone ryzyko niedostatecznego uśmierzania bólu i wymagają w związku z tym większej uwagi. Dotyczy to zwłaszcza dzieci, ludzi starszych oraz pacjentów, u których występują trudności w komunikowaniu się, które mogą wynikać z zaburzeń poznawczych, ciężkiego przebiegu choroby oraz barier językowych [5]. Nieleczony ból wywołuje nieprawidłowe reakcje fizjologiczne i psychologiczne, co jest przyczyną wystąpienia powikłań. Jest on pierwszą odpowiedzią na stres, który niezależnie od urazu tkanek oddziałuje na czynność układu wewnątrzwydzielniczego, oddechowego, sercowo-naczyniowego, narządy trzewne jamy brzusznej oraz metabolizm [3,7]. Zarówno układ neurohormonalny, jak i metaboliczny reagują na ból, który wyzwała liczne substancje endogenne, określane jako hormony stresu. Ból wywiera także ujemny wpływ na czynność autonomicznego układu nerwowego, sprawującego kontrolę nad procesami utrzymującymi homeostazę organizmu oraz jest przyczyną zjawisk odruchowych. Następstwem wzmożonego napięcia części współczulnej tego układu jest wzmożone wydzielanie hormonów stresowych. Wzmożona stymulacja współczulna hamuje perystaltykę jelit oraz zwiększa napięcie zwieraczy. Powoduje to zaleganie treści żołądkowej, która doprowadza do wystąpienia nudności i wymiotów [7]. Ból wywołuje także następstwa w układzie oddechowym. Najczęściej są to zaburzenia oddychania, w efekcie których dochodzi do niedodmy, zaburzeń wymiany gazowej, zakażeń, a nawet zapalenia płuc [6]. Ból pooperacyjny nasila się podczas oddychania i powoduje lęk oraz trudności wykonywania głębokiego wdechu i odszusztuszania zalegającej wydzieliny. Pacjenci oddychają płytko, a zmniejszoną objętość oddechową rekompensują przyspieszeniem oddechu [7]. Na te powikłania narażeni są głównie ludzie starsi, palacze tytoniu oraz pacjenci ze schorzeniami układu oddechowego. Ból wpływa także na układ krążenia. Wywołuje wzrost ciśnienia tętniczego, zaburzenia rytmu serca, zwiększenie obciążenia mięśnia sercowego, co może doprowadzić do wystąpienia bólu dusznicowego, zawału serca czy też zastoinowej niewydolności krążenia. Niekorzystnym następstwem bólu jest także możliwość wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych [6,7], ponieważ wzmożone napięcie mięśni szkieletowych powoduje, że pacjenci wykazują tendencję do leżenia nieruchomo i obawiają się nasilenia bólu podczas ruchu [7]. Inne niekorzystne następstwa fizjologiczne dolegliwości bólowych to: zmniejszenie kurczliwości pęcherza moczowego, retencja sodu i wody, osłabienie odporności, lęk, bezsenność, depresja, przyspieszenie metabolizmu [6].

OCENA STOPNIA NASILENIA BÓLU

W 1995 roku Amerykańskie Towarzystwo Bólu uznało ból za piąty parametr życiowy, który powinien być mierzony i leczony. Reakcja na ból jest cechą indywidualną osoby oraz wyuczonym sposobem reagowania. Ból może być przez pacjenta zwerbalizowany, choć niektórzy pacjenci mają problem z jego nazwaniem. Dlatego korzystne jest stworzenie „słownika bólu”, który umożliwi choremu dobranie odpowiedniego nazewnictwa. Przyczyni się to do prawidłowego postępowania medycznego, które

umożliwi likwidowanie cierpienia chorego. Do objawów niewerbalnych bólu należy: płacz, spłycony oddech, przyspieszenie tętna, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, pocenie się, zaciskanie szczęk, powiek, palców. Ból wpływa także na psychikę chorego obniżając jego samopoczucie, wywołując niepokój, wrogość, żal, bezradność i lęk. Kliniczna ocena stopnia nasilenia bólu opiera się na ocenie lokalizacji, natężenia, czasu trwania i charakteru. Do oceny natężenia bólu najczęściej stosowana jest skala słowna, skala oceny liczbowej, skala wzrokowo-analogowa oraz skala obrazkowa [2]. Skala wzrokowo-analogowa (*Visual Analogue Scale*) - VAS (ryc.1). Skala VAS to 10- centymetrowy odcinek, którego początek - 0 - oceniany jest jako całkowity brak bólu, a koniec - 10 - jako najsilniejszy ból, jaki chory odczuwa. Pacjent zaznacza pionową linię na skali pomiędzy jej krańcami w miejscu, które najlepiej odpowiada natężeniu bólu. Wynik jest wyrażany w centymetrach [8]. Ból określany od 1-3 określany jest jako słaby, od 4 do 6 umiarkowany, natomiast ból silny od 7 do 10 [9] i konieczna jest wówczas natychmiastowa interwencja. W karcie obserwacji chorego lekarz lub pielęgniarka odnotowują długość odcinka, jaki wskazał chory. Opisują go np. jako VAS 3 wówczas, gdy pokazany punkt znajduje się 3 cm od początku odcinka [7]. Skala ta polecana jest dla dzieci od 5-tego roku życia. Specjalnie dla nich została stworzona skala Pain Thermometer z pionową skalą od 0 do 10. Dziecko prosi się o umieszczenie kreski tak wysoko, jak duży jest ból [8].



■ Ryc. 1. Skala wzrokowo-analogowa – VAS.

Odmianą wyżej wymienionej skali jest skala numeryczna (*Number Rating Scale - NRS*) (ryc. 2). Pacjenta prosi się, żeby ocenił, jak silny jest ból, wskazując na odpowiednią liczbę w skali 0-10, przy czym 0 oznacza brak odczuwania bólu, natomiast 10 to najgorszy ból, jaki może sobie wyobrazić [5,7,8]. Skala ta odwołuje się do doświadczeń i wyobraźni chorego. Pozwala na zapisywanie wyniku w postaci liczby i porównywanie wyników w czasie kolejnych zastosowań [8]. U pacjentów po zabiegach operacyjnych wskazane jest badanie i odnotowywanie stopnia natężenia bólu w jednakowych odstępach czasu. Pozwala to na ocenę skuteczności zastosowanego leczenia przeciwbólowego. Pomiaru te nie powinny być zbyt częste, aby nie doprowadzić do powstania niepotrzebnego lęku zwłaszcza, gdy poziom bólu nie ulega zmianie lub wzrasta [5]. Skala ta może być wykorzystywana u dzieci od 7 roku życia [8].

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

■ Ryc. 2. Skala oceny liczbowej - NRS.

Skale słowne (*Verbal Rating Scale - VRS*) (ryc. 3) oceniają ból w sposób opisowy [5,7,9]. Jest to skala porządkowa, zawierająca kolejno ustawione cyfry z przypisanymi do nich określeniami stopnia natężenia bólu. Wyróżniamy skalę pięciostopniową Likerta. Pacjent ma możliwość oceny nasilenia bólu jako: bardzo mały, mały, średni, duży, bardzo duży. Wadą tej skali jest to, że jest różnie interpretowana przez pacjentów. Określenia w niej zawarte nie

zawsze odpowiadają temu, co czuje pacjent. Ponadto pacjentowi rzadko wybierają wartości skrajne [5,7].

LECZENIE BÓLU

Skuteczne zwalczanie bólu pooperacyjnego, powinno mieć charakter wielowymiarowy. Wybór właściwego leku przeciwbólowego i jego postaci zależy od szacowanego czasu terapii, rodzaju i stopnia nasilenia bólu, hipotetycznego ryzyka użycia danego leku, schorzeń współistniejących i stosowanych leków celem ich leczenia, skuteczności wcześniej stosowanych terapii przeciwbólowych [6]. Uśmierzenie bólu pooperacyjnego opiera się na trzech głównych zasadach terapeutycznych. Pierwsza to zastosowanie analgetyków, druga to techniki znieczulenia regionalnego, które przerywają przewodnictwo bólowe według zasady „wszystko albo nic”, analgezji multimodalnej [5,6]. Metodą z wyboru jest analgezja multimodalna, zakładająca używanie leków o różnych mechanizmach działania. Takie połączenie daje większą skuteczność w uśmierzaniu bólu oraz mniej objawów niepożądanych [5]. W terapii farmakologicznej stosuje się nieopiodowe oraz opiodowe leki przeciwbólowe. Wśród leków nieopiodowych najczęściej podaje się niesteroidowe leki przeciwbólowe, metamizol i paracetamol. Do grupy opiodów zaliczamy następujące analgetyki: Morphine hydrochloride (*Morphinum hydrochloricum*), Pentazocine hydrochloride (*Fortral*), Pethidine hydrochloride (*Dolargan, Dolcontral*), Fentanyl citrate (*Fentanyl*). Leki przeciwbólowe można podawać na wiele sposobów – dożylnie, domięśniowo, podskórnie, doustnie, do kanału kręgowego, bezpośrednio do nerwu, który przewodzi bodźce bólowe, nasiękowo i doodbytniczo. Należy jednak pamiętać, że bezpośrednio po zabiegu operacyjnym leki należy podawać dożylnie lub dokanałowo ze względu na hipowolemię, wychłodzenie organizmu i obkurczenie łożyska naczyniowego z upośledzeniem przepływu tkankowego [10]. W uśmierzaniu bólu pooperacyjnego można stosować tzw. analgezję sterowaną przez chorego (*Patient Controlled Analgesia - PCA*). W metodzie tej chory, gdy zaczyna odczuwać ból ma możliwość samodzielnego uruchomienia systemu dozującego (strzykawka automatyczna sterowana mikroprocesorem) i otrzymuje dawkę leku zaprogramowaną przez zespół terapeutyczny, a układ zabezpieczający system PCA uruchamia system refrakcji, czyli czasową blokadę systemu dozującego, który pozostanie nieczynny, nawet pomimo prób jego włączenia przez pacjenta, aż do zakończenia systemu refrakcji. Pozwala to na uniknięcie przedawkowania leku [6,10]. Oprócz stosowanej farmakoterapii ważne znaczenie ma także zapewnienie snu i wypoczynku, stworzenie atmosfery zaufania do personelu, doskonałe nie wiedzy i kompetencji zespołu leczącego na temat leczenia bólu [4]. Niefarmakologiczne metody leczenia bólu pooperacyjnego to: relaksacja, odwrócenie uwagi, masaże, ciepło, akupunktura, przeszćkorna elektryczna stymulacja nerwów, [7] psychoedukacja, terapia poznawcza, terapia behawioralna [11]. Techniki te powinny być stosowane razem z leczeniem farmakologicznym [7]. Należy pamiętać, że chory nawet ten, u którego zastosowano znieczulenie ogólne, odbiera bodźce ze środowiska, dlatego pozytywne

wzmocnienia (jak np. zastosowanie muzykoterapii na sali operacyjnej lub pooperacyjnej) mogą przyczynić się do szybszego powrotu do zdrowia [1]. Pielęgniarka może podejmować leczenie ciepłem oraz leczenie zimnem. Przed rozpoczęciem takich działań należy upewnić się, czy nie ma przeciwwskazań do takich zabiegów [10].

■ ROLA PIELĘGNIARKI

Skuteczne leczenie bólu pooperacyjnego wpływa na zminimalizowanie cierpienia pacjenta oraz poprawę jego jakości życia w tym okresie, zmniejsza liczbę powikłań, skraca czas pobytu chorego w szpitalu oraz obniża całkowite koszty leczenia. Skuteczne uśmierzanie bólu może także zmniejszyć częstość występowania tzw. przetrwałego bólu pooperacyjnego [6]. Ze względu na cierpienie chorego, oraz wiele niepożądanych reakcji ze strony organizmu pod wpływem bólu, personel oddziałów zabiegowych powinien podejmować wszelkie możliwe działania prowadzące do zminimalizowania odczuć bólowych [2]. Pacjent narażony na odczuwanie bólu nieprawidłowo oddycha, źle odkrztusza wydzielinę z dróg oddechowych oraz ogranicza ruch w pierwszych dobach po zabiegu, a to naraża go na występowanie szeregu powikłań oraz wydłuża czas pobytu w szpitalu [3]. Pielęgniarka jest osobą, która spośród wszystkich pracowników medycznych najwięcej czasu spędza z pacjentem, dlatego też jej rola w zwalczaniu bólu po zabiegu operacyjnym jest bardzo ważna [3,7]. Prawidłowo prowadzony proces pielęgnowania oraz leczenie muszą być poprzedzone przygotowaniem chorego [12]. Właściwe przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego, zarówno w zakresie przekazania mu wiedzy na temat leczenia bólu, jak i przygotowania psychologicznego, ma wpływ na odczuwanie bólu po zabiegu. Rozmowa personelu medycznego z pacjentem o przebiegu operacji, mogącym wystąpić bólu, czy powikłaniach, sprawia, że pacjent jest bardziej spokojny, z obniżonym poziomem lęku, a jego leczenie przeciwbólowe jest krótsze i skuteczniejsze [6]. Każdy pacjent powinien wiedzieć, że po zabiegu operacyjnym może występować ból, jednak istnieją metody jego uśmierzania i w każdej chwili może prosić o pomoc [7]. Z informacji, które pacjent uzyska powinno wynikać, że lepiej jest zapobiegać bólowi niż zwalczać istniejący ból. Należy nauczyć chorego posługiwania się prostymi skalami bólu i wykorzystywać te informacje w ustalaniu indywidualnego planu leczenia [12], uzyskać informacje dotyczące poprzednich doświadczeń bólowych oraz jego preferencji w zakresie zwalczania bólu. Pacjent powinien uzyskać informacje dotyczące metod i planu postępowania przeciwbólowego, które będą zastosowane u niego oraz znać rolę prawdziwości przekazywania informacji o odczuciach bólowych po zabiegu operacyjnym [5]. Prawidłowa edukacja chorego jest sposobem na zwalczanie bólu pooperacyjnego [7]. Realizując proces pielęgnowania pacjenta po zabiegu operacyjnym pielęgniarka wyznacza cel działania, jakim jest rozpoznawanie i likwidowanie bólu [13]. Ważne znaczenie ma identyfikacja pacjenta cierpiącego z powodu bólu, dokładna obserwacja chorego, jego reakcji na ból, aby w porę zastosować metody jego zwalczania. Należy zwrócić uwagę na

lokalizację bólu, natężenie bólu (zarówno w spoczynku jak i w ruchu), jego charakter, czas trwania, jakie czynniki go wywołują lub wpływają na obniżenie bólu, objawy towarzyszące [2]. Podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych i diagnostycznych należy obserwować wygląd twarzy: grymas lub zaciskanie zębów, zaostrome rysy twarzy, zaciskanie powiek, szerokie otwarcie ust, wydawanie dźwięków: płacz, stękanie, wzdychanie. Ważna jest także obserwacja ruchów ciała pacjenta: uogólniony niepokój, bezruch, ograniczenie aktywności fizycznej, charakterystyczna postawa podczas chodzenia, w której dolegliwości są najmniejsze [1]. Identyfikując pacjenta cierpiącego należy także, zwrócić uwagę na jego zachowanie. Wycofywanie się, brak koncentracji, skupienie się tylko na środkach, zachowaniach, które uśmierzają ból mogą świadczyć o występowaniu bólu. Bardzo ważne znaczenie ma także kontrola podstawowych parametrów życiowych. Przyspieszenie i spłycenie oddechu, przyspieszenie tętna, nadmierna potliwość, wzrost ciśnienia tętniczego krwi to także oznaki dolegliwości bólowych [7]. Symptomy te powinny być także ocenione pod kątem innych przyczyn [14]. Właściwa obserwacja chorego jest istotna, zwłaszcza w przypadku pacjentów zamkniętych w sobie, przygnębionych nową sytuacją, którzy niechętnie dzielą się swoimi odczuciami lub po prostu nie chcą nikomu robić kłopotu. Bardzo ważna jest ocena natężenia bólu u pacjentów po zabiegu operacyjnym i rejestracja tego parametru w dokumentacji oraz wykorzystanie tych danych w procesie jego leczenia [3,7]. Nie można mówić o skutecznym uśmierzaniu bólu, jeżeli nie kontroluje się jego natężenia i zmian tego parametru pod wpływem podawanych leków lub innych zastosowanych działań terapeutycznych. Niestety z badań przeprowadzonych przez Knap wśród pielęgniarek z oddziałów zabiegowych tylko 23% ankietowanych monitoruje ból u swoich podopiecznych [3]. Kontrolowanie efektu przeciwbólowego powinno odbywać się przez całą dobę. Każdy pacjent u którego stwierdzono nieoczekiwany wzrost bólu, szczególnie jeśli towarzyszą mu inne objawy takie, jak nadciśnienie tętnicze, tachykardia, gorączka, wzmożone napięcie powłok skórnych, zmiany obrzękowe, wymaga natychmiastowego rozpoznania takiego stanu i wdrożenia właściwego postępowania. Objawy te mogą świadczyć o występowaniu infekcji, rozejściu się rany operacyjnej lub zakrzepicy żył głębokich kończyn dolnych [5].

Ważnym aspektem w opiece nad pacjentem jest udział pielęgniarki w farmakoterapii. Dawka leku musi być dobrana indywidualnie i dostosowana do stopnia natężenia bólu, wieku, masy ciała i stanu pacjenta [2]. Zlecone leki powinny być podawane w odpowiednich i regularnych odstępach czasu, wystarczających do zapewnienia możliwie najdłuższego okresu bezbólowego, aby pacjent nie odczuwał bólu [7]. W przypadku stosowania techniki PCA należy zwrócić uwagę na możliwość popełnienia błędu przez zespół leczący (nieprawidłowe zaprogramowanie systemu, złe stężenie leku, brak reakcji na alarm urządzenia dozującego), złą obsługę ze strony pacjenta lub awarię systemu [6]. Ważnym elementem jest obserwacja w kierunku wystąpienia ewentualnych powikłań ze strony podawanych analgetyków. Należą do nich nudności i wymioty, depresja oddechowa, świąd skóry, niedrożność

porażenna jelit. Dlatego opiekując się chorym po zabiegu operacyjnym należy prowadzić obserwację hemodynamiki, wentylacji oraz perystaltyki jelit [7]. Pielęgniarka, która podaje leki przeciwbólowe, powinna zawsze upewnić się, czy chory nie jest na nie uczulony [15].

Należy także pamiętać, że pacjent po zabiegu operacyjnym potrzebuje odpoczynku i spokoju [14] oraz o możliwości ułożenia pacjenta w pozycji zmniejszającej napięcie rany pooperacyjnej [13]. Równolegle z oceną podstawowych parametrów życiowych należy obserwować ranę pooperacyjną w kierunku występowania krwawienia oraz rozjęcia się brzegów rany oraz prowadzić kontrolę drożności drenów, wyprowadzonych z rany operacyjnej, oraz kontroli ilości i jakości wypływającej wydzieliny [7].

Pielęgniarka opiekując się chorym po zabiegu operacyjnym powinna pamiętać, że ból dotyczy nie tylko sfery somatycznej, ale i psychicznej oraz jego duszy [4]. Istotnymi moderatorami wpływającymi na odczuwanie bólu jest nastrój chorego, a także znaczenie, jakie pacjent nadaje bólowi, poziom odczuwanego lęku oraz inne negatywne emocje, które towarzyszą hospitalizacji oraz leczeniu zabiegowemu [1]. Negatywne emocje, związane z koniecznością poddania się zabiegowi operacyjnemu, potęgują ból, szczególnie wówczas, jeśli osoba leczona nie akceptuje sposobu prowadzenia terapii i nie odczuwa wsparcia ze strony personelu medycznego [12]. Pielęgniarka ma możliwość zastosowania metod psychologicznych, które mogą zredukować czynniki zwiększające odczuwanie bólu, jak psychoedukacja, terapia behawioralna [10]. Rozmowy z pacjentem przed operacją muszą uwrażliwić pielęgniarkę na jego indywidualne potrzeby i mogące wystąpić problemy [14]. Rozmowa z psychologiem może pomóc w pogodzeniu się z nową sytuacją, często odbieraną przez chorych jako utrudniającą lub uniemożliwiającą osiągnięcie ważnych celów życiowych oraz zaakceptowaniu obrazu siebie [1].

W celu zapewnienia pacjentowi ciągłości opieki, właściwego postępowania dążącego do likwidowania bólu, osiągnięcia satysfakcji i pożądaných wyników leczenia konieczny jest udział pielęgniarek w szkoleniach [3]. Pielęgniarki, wraz z innymi pracownikami służby zdrowia, powinny brać udział w szkoleniu. W szpitalach, które posiadają certyfikat „Szpital bez bólu” szkolenie powinno odbywać się co najmniej raz do roku i obejmować zagadnienia dotyczące fizjologii i patofizjologii bólu, farmakologii analgetyków i leków wspomagających, stosowania technik znieczulenia regionalnego, metod monitorowania bólu i natężenia bólu po zastosowanej terapii oraz zasad prowadzenia dokumentacji [5]. Posiadając wiedzę na wysokim poziomie pielęgniarki będą mogły pełnić rolę profesjonalistów w wielodyscyplinarnym zespole leczenia bólu [3].

PODSUMOWANIE

Ból pooperacyjny towarzyszy każdemu pacjentowi, który poddawany jest zabiegowi operacyjnemu. Niewystarczająco kontrolowany stanowi bardzo poważny problem, ponieważ przedłuża cierpienie pacjenta, jego rehabilitację, zwiększa liczbę powikłań oraz całkowite koszty

leczenia. Skuteczne postępowanie przeciwbólowe poprawia jakość życia chorych. Prawidłowe opanowanie bólu po zabiegu operacyjnym jest bardzo ważne dla pacjenta, pielęgniarki i lekarza. Rola pielęgniarek jest znacząca, ponieważ spędzając najwięcej czasu przy chorym mają możliwość prowadzenia wnikliwej obserwacji i podejmowania skutecznych działań.

PIŚMIENNICTWO

1. Rolka H, Krajewska-Kułak E, Jankowiak B, i wsp. Psychologiczne aspekty bólu pooperacyjnego jako głównego problemu pielęgnacyjnego u pacjenta leczonego chirurgicznie. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2006;60 (1): 58-60.
2. Grochans E, Hyrcza J, Kuczyńska M, i wsp. Subiektywna ocena bólu pooperacyjnego u pacjentów po wybranych zabiegach chirurgicznych. *Pielęg. Chirurg. Angiol.* 2011;2: 82-87.
3. Knap M, Szymer B, Kowalczyk-Sroka B. Poziom wiedzy pielęgniarek z oddziałów zabiegowych na temat terapii bólu pooperacyjnego. *Probl. Pielęg.* 2010;18 (2): 129-133.
4. Bączek G, Ochmańska M, Stępień S. Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. *Probl. Pielęg.* 2009;17 (3): 173-177.
5. Dobrogowski J, Mayner-Zawadzka E, Drobnik L, i wsp. Uśmierzenie bólu pooperacyjnego- zalecenia 2008. *Ból.* 2008;9 (2): 9-22.
6. Szkutnik-Fiedler D, Szalek E, Grześkowiak E, i wsp. Zasady leczenia bólu pooperacyjnego. *Farmacja Wsp.* 2010;3: 21-29.
7. Juszcak K. Rola pielęgniarki w zwalczaniu bólu pooperacyjnego. *Pielęg. Chirurg. Ang.* 2009;4: 131-134.
8. Kram M, Kurylak A. Ocena bólu u dzieci i młodzieży. *Współcz. Onkol.* 2006;10 (7): 344-348.
9. Zagdańska R, Grzelewska-Rzymowska I. Ból nowotworowy i jego leczenie. *Pediatr. Med. Rodz.* 2007;3 (3): 148-157.
10. Kapała W. Pielęgniarstwo w chirurgii. Lublin: Wyd. Czelej; 2006.
11. Dobrogowski J. Niefarmakologiczne metody leczenia bólu. *Pol. Przegl. Neurol.* 2007;3 (4): 272-278.
12. Kołodziej W, Karpel E. Ból pooperacyjny na oddziale chirurgicznym w ocenie ankietowego badania z zastosowaniem kwestionariusza McGilla-Melzacka - doniesienie wstępne. *Probl. Pielęg.* 2008;16 (3): 231-236.
13. Walewska E. Okres okołopooperacyjny. [w:] Walewska E, red. *Podstawy Pielęgniarstwa Chirurgicznego*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL; 2006.s. 106-130.
14. De Loach JE. Pielęgniarstwo w chirurgii ogólnej. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL; 1984.
15. Kapała A. Pierwsza doba po operacji. *Mag. Piel. Położ.* 2011;9: 18-19.

Praca przyjęta do druku: 25.11.2011

Praca zaakceptowana do druku: 20.12.2011

