

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA NA TEMAT BÓLU POOPERACYJNEGO ORAZ JAKOŚCI OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Review of literature on the post-operative pain and the quality of nursing care



Agnieszka Ulatowska^{1,2}, Grażyna Bączyk^{1,3}, Honorata Lewandowska^{1,2}

¹Institut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Gnieźnie

²NZOZ VIVAX Gniezno

³Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2012; 1: 7-12

Praca wpłynęła: 9.03.2011; przyjęto do druku: 4.01.2012

Adres do korespondencji:

mgr **Agnieszka Ulatowska**, ul. Akacja 5, 88-420 Rogowo, tel. 661 601 905, e-mail: agnesia74@poczta.fm

Streszczenie

Ból jako nieprzyjemne doznanie towarzyszące człowiekowi uzasadnia prowadzenie badań w kierunku rozpoznawania jego patomechanizmów, stosowania najlepszych metod leczenia, zapobiegania mu i opieki nad pacjentami cierpiącymi z powodu bólu. Wielu naukowców ciągle wskazuje na coraz skuteczniejsze metody zwalczania bólu i sprawowania opieki nad pacjentami.

Słowa kluczowe: ból pooperacyjny, skala oceny bólu, jakość opieki pielęgniarskiej.

Summary

Pain as an unpleasant experience is an endless call to conduct research towards the identification of pathomechanisms, use of the best methods of treatment, prevention and care of patients suffering from pain. Many scientists are continuously pointing out to more and more effective methods of fighting pain and taking care of patients.

Key words: postoperative pain, pain assessment scale, quality of nursing care.

Wstęp

Człowiek cierpiący z powodu bólu odczuwa dyskomfort nie tylko somatyczny, lecz także psychiczny. Ból jest interpretowany zawsze jako nieprzyjemne odczucie. Istnieje wiele naukowych definicji bólu. W przeciągu całej historii świata nieustępliwie obecne jest w człowieku i dookoła niego cierpienie fizyczne i psychiczne z powodu bólu. Zakorzeniony w ludzkiej naturze bunt przeciwko cierpieniu i bólowi powoduje nieustanne poszukiwanie metod przeciwdziałania bólowi i innym nieprzyjemnym doznaniom. Człowiek dąży do osiągnięcia dobrostanu nie tylko w znaczeniu materialnym, lecz dąży także do osiągnięcia dobrostanu fizycznego i psychicznego. Starożytni myśliciele, jak np. Arystoteles, określali ból jako „pasję duszy”. Natomiast francuski uczony Kartezjusz uważał, że ból wywodzi się z układu nerwowego. Odmienną teorię dotyczącą cierpienia i odczuwania bólu przez człowieka głosił Kościół. Uważał on, że jest to materia konieczna do odkupienia [1].

Ból w języku polskim wg prof. Jana Miodka oznacza: *wrażenie zmysłowe, cierpienie powstające wskutek podraż-*

nienia nerwów czuciowych, a także: zmartwienie, smutek, strapienie, boleść. Rozważania na temat bólu dotyczą wielu sfer egzystencji człowieka. Ból wpisany jest w człowieczeństwo. Widoczne jest to we fragmentach dyskusji o Witoldzie Gombrowiczu: *Najważniejszym tematem Gombrowicza był ból i cierpienie [...] Bóle i cierpienia wchodziły w sferę rzeczy nieoswajalnych [...] Ze światem możemy coś zrobić – z bólem nie mamy szans; Człowiek jest wystawiony na ból [...] Projekt życia jest projektem ku bólowi, przy konaniu [2].*

Przedstawione pojęcia bólu mówią o wszechobecności i łączności zjawiska bólowego z człowiekiem. Z medycznego punktu widzenia ból zawsze jest interpretowany jako zjawisko zaburzające dobrostan organizmu ludzkiego.

Według Teofana Domżała: *ból jest jedną z najczęściej odczuwanych dolegliwości ludzkich. Budzi on niepokój o zdrowie [...] [3, 4].* Międzynarodowe Towarzystwo Badań Bólu mówi, iż ból: *jest to subiektywne, nieprzyjemne wrażenie zmysłowe i emocjonalne powstające pod wpływem bodźców uszkodzających tkankę lub zagrażających ich uszkodzeniem [...] [5].*

Ból to doznanie czuciowe oraz emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek [...] Procesowi temu towarzyszy autonomiczna, emocjonalna i behawioralna odpowiedź organizmu [1].

Cel pracy

Celem pracy było dokonanie przeglądu najnowszego piśmiennictwa dotyczącego jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego.

Materiał i metody

Dokonano przeglądu piśmiennictwa polskiego i angielskiego omawiającego jakość opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z bólem pooperacyjnym. Analizowano prace badawcze i przeglądowe z ostatnich 10 lat. Wykorzystano piśmiennictwo zamieszczone w bazach danych (PubMed, Medline i stronach polskich wydawnictw medycznych). Prace wyszukiwano, posługując się następującymi słowami kluczowymi: ból pooperacyjny, skala oceny bólu, jakość opieki pielęgniarskiej.

Ból pooperacyjny

Ból pooperacyjny to ból ostry, który powstaje w wyniku interwencji chirurgicznej, uszkodzenia tkanek powierzchownych i struktur głębszych. Odczuwanie bólu jest subiektywne, wynika z podrażnienia silnymi bodźcami zakończeń bólowych nerwów czuciowych ośrodku bólowego w mózgu lub narządów zmysłów bodźcami dla nich specyficznymi, ale zbyt silnymi [6]. Z badań wynika, że najsilniejszy ból pooperacyjny chorzy odczuwają w zerowej i pierwszej dobie po zabiegu, w późniejszych dobach jego natężenie maleje [6–8]. Na odczuwanie bólu wpływa wiele czynników, takich jak: rodzaj operacji, przygotowanie przedoperacyjne, rodzaj stosowanego znieczulenia, cechy osobowości pacjenta, lęk, a nawet wiek, płeć, wzrost i masa ciała oraz postawa personelu [9]. Badania wykazały, iż istnieją różnice w odczuwaniu bólu pomiędzy mężczyznami a kobietami. Dotyczą one percepcji, ekspresji i tolerancji bólu. Wynika to z czynników społecznych i psychologicznych. Wszystko to stanowi ważną informację dla osób podejmujących działania zapobiegawcze i lecznicze w stosunku do pacjenta z bólem. Ma to również wpływ na dobór stosowanego narzędzia do oceny natężenia bólu [10].

Uraz operacyjny powoduje zmiany neuroendokryne i metaboliczne, pobudzenie układu współczulnego, zmiany neuroplastyczne w układzie nerwowym oraz zmiany behawioralne [4]. Ból pooperacyjny może być czynnikiem wpływającym na unieruchomienie i ograniczenie mobilności chorego, co sprzyja wystąpieniu powikłań, m.in. w układzie oddechowym (np. zapalenie płuc) czy krąże-

niu żylnym (np. zakrzepica żył głębokich). Doznaniom bólowym często towarzyszą objawy ogólnokrzęniowe (przyspieszone tętno, wzrost ciśnienia tętniczego, wzrost przepływu mięśniowego i mózgowego) oraz oddechowe (przyspieszenie i pogłębienie oddechu). Świadczy to, iż ból w okresie pooperacyjnym dotyczy nie tylko samej rany, lecz ma także wpływ na cały organizm. Dzieje się tak dlatego, iż ustrój człowieka podejmuje „walkę, ucieczkę, obronę” przed doznawaniem bólu. Reakcja ta określana jest mianem zjawiska atawistycznego [7].

Ból powoduje również zmiany w stosunku chorego do otoczenia – pojawia się złe samopoczucie. Zmiany behawioralne powodują wystąpienie lęku, co przekłada się na poczucie bezradności, smutku, apatii, a w konsekwencji depresji [4]. Ból jest objawem somatycznym, ale również negatywnym i niepożądanym zjawiskiem w odczuciu chorego. *Charakterystyczna dla bólu ostrego jest jego jasna przyczyna i zazwyczaj ściśle określona lokalizacja. Nie oznacza to jednak, że ból u dwóch różnych osób będzie taki sam* [11]. Ból pooperacyjny powoduje duże zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu, dlatego uważa się, iż priorytetem w opiece pooperacyjnej jest walka z bólem. Nie chodzi tylko o samą farmakoterapię, lecz także o zastosowanie wszystkich dostępnych metod i technik przeciwbólowych. Działania przeciwbólowe muszą się zaczynać już przed zabiegiem chirurgicznym, trwać w trakcie i po operacji.

Celem leczenia przeciwbólowego jest stworzenie pacjentowi najlepszych warunków w procesie zdrowienia, co jednocześnie zapobiega wystąpieniu wczesnych i późnych powikłań pooperacyjnych. W podejmowaniu skutecznych działań przeciwbólowych duże znaczenie przypisuje się procedurom postępowania pooperacyjnego. Mogą one obejmować drobne czynności przeciwbólowe, np. iniekcja, i bardziej skomplikowane, np. zastosowanie głębszego znieczulenia [12]. Personel medyczny, w tym pielęgniarki, powinien odbywać systematyczne szkolenia w zakresie profilaktyki i leczenia bólu pooperacyjnego. W *Quality and Safety In Health Care* opisano szwedzki model zespołowego nadzorowania działań przeciwbólowych. W skład zespołu wchodzi: pielęgniarka, fizjoterapeuta, anestezjolog – określani są oni jako „przedstawiciele kontroli bólu”. Ich zadaniem jest nadzorowanie i szkolenie całych zespołów medycznych pod kątem oceny bólu oraz stosowania różnych metod i technik przeciwbólowych. Karlsten i wsp. – pracownicy szwedzkich szpitali – opisali badania prowadzone w Uppsala University Hospital w Szwecji na przełomie lat 90. XX w., gdzie sprawdzano skuteczność działań podejmowanych przez zespoły nadzorujące ocenę bólu i postępowanie przeciwbólowe u pacjentów na oddziale chirurgii i ortopedii. Wykazano, że istnieje potrzeba prowadzenia ustawicznych szkoleń personelu [13]. Pacjent po zabiegu chirurgicznym jest narażony na odczuwanie bólu i pojawienie się objawów ogólnoustrojowych związanych z okresem pooperacyjnym. Planowanie i opiekowanie się pacjentem obejmuje m.in. czynności profilaktyczne, mające na celu niedopuszcze-

nie do pojawienia się silnego bólu i powikłań z nim związanych. Do działań podejmowanych przez pielęgniarkę należy m.in. edukacja pacjenta, rozpoczęta jeszcze przed zabiegiem. Pacjent powinien wiedzieć, że istnieją skale oceny bólu ułatwiające kontrolę i dostosowanie metody leczenia bólu pooperacyjnego. Pielęgniarka uczy chorego postugiwać się przyjętą na oddziale skalą [8, 14]. Informacje powinny być przekazywane w różnych formach, m.in. poprzez komunikat słowny, audiowizualnie za pomocą ulotek, broszur, plakatów, filmów wideo oraz stron internetowych. Jeżeli pacjent był wcześniej poddawany leczeniu operacyjnemu, należy poznać jego doświadczenia z bólem pooperacyjnym. Trzeba uzyskać informacje na temat znajomości własnego progu bólowego oraz przeprowadzonych wcześniej terapii przeciwbólowych. Pacjent, który pamięta natężenie własnego bólu i metody jego leczenia, przekazuje cenną informację pozwalającą zaplanować adekwatną dla niego terapię przeciwbólową [15].

Innym działaniem zapobiegawczym jest wnikliwa obserwacja pielęgniarska, która pozwoli wyprzedzić ból i inne niepożądane reakcje organizmu (powikłania). Należy monitorować stopień natężenia bólu za pomocą narzędzi (skal) oraz obserwować parametry życiowe (tętno, ciśnienie tętnicze), perystaltykę jelit, saturację, częstość oddechu, diurezę, ranę pooperacyjną, ilość i jakość wyptywającej wydzieliny z rany, drożność drenów wprowadzonych z rany pooperacyjnej [8, 16].

Ważnym, a niekiedy pomijanym aspektem w profilaktyce przeciwbólowej jest stosowanie aktywnych strategii radzenia sobie ze stresem będącym przyczyną bólu. Bodziec bólowy ma wpływ nie tylko na sferę fizyczną, lecz może także wywoływać reakcje psychiczne. Reakcja ta narasta w miarę upływu czasu. Wywołanie reakcji psychicznej powoduje pojawienie się nieprzyjemnych i patologicznych zjawisk, takich jak: lęk, złe samopoczucie, a nawet depresja [4]. Działania zapobiegające negatywnym psychicznym reakcjom polegają na wzmocnieniu kontroli pacjenta nad bólem. Są to np. relaksacja i muzykoterapia. Badania pokazują, że wpływają one na zredukowanie bólu pooperacyjnego poprzez oddziaływanie na emocjonalny aspekt bólu [9].

W postępowaniu zarówno profilaktycznym, jak i leczniczym ważną jest ocena natężenia bólu po operacji. Do tego celu służą skale oceniające. Koniecznym warunkiem stosowania tego narzędzia jest nawiązanie współpracy z pacjentem, która powinna się rozpocząć w czasie przygotowawczym do zabiegu i trwać do całkowitego wyzdrowienia. W badaniu Slomana i wsp. udowodniono, że stosowane skale (numeryczna, analogowa i słowna) są postrzegane przez pielęgniarki i lekarzy jako skuteczne narzędzie walki z bólem pooperacyjnym. W badaniu wzięło udział 150 pacjentów w okresie pooperacyjnym, u których mierzono natężenie bólu przed znieczuleniem i po nim, wykorzystując skalę oraz opis słowny odczuć bólowych pacjenta. Wyniki badania wykazały korelację pomiędzy oceną za pomocą skali a oceną własną pacjen-

ta. W obu przypadkach stwierdzono zmniejszenie bólu po zastosowaniu zleconej farmakoterapii [17].

Skale oceny bólu pooperacyjnego na podstawie przeglądu piśmiennictwa

Istnieje wiele skal, narzędzi służących do oceny natężenia bólu pooperacyjnego. Autorzy w swych publikacjach powołują się na te, które stosuje się najczęściej, wykorzystywane są przez personel i dają najbardziej czytelny obraz odczuwanego bólu przez pacjenta.

1. Skala wzrokowo-analogowa (*Visual Analogue Scale – VAS*) to skala opisowo-graficzna. Pacjent określa natężenie bólu od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 – bardzo silny ból. Wynik zaznacza się na wykresie liniowym o długości 10 cm. Ważne jest, aby pacjent dokładnie zrozumiał, co oznaczają wartości skrajne [15].
2. Skala słowna (*Verbal Rating Scale – VRS*) to skala opisowa. Pacjent interpretuje ból za pomocą określeń: brak bólu, słabo odczuwalny ból, umiarkowany ból, silny ból i ból nie do zniesienia. Najczęściej jest ona stosowana u pacjentów z osłabionym wzrokiem, dzieci do lat 5 i osób w podeszłym wieku. Z badań wynika, że wykorzystując skalę słowną, pacjenci rzadko wybierają skrajne wartości i tak naprawdę nie wiadomo, czy odczuwany przez nich ból jest prawidłowo interpretowany [15].
3. Skala numeryczna (*Numerical Rating Scale – NRS*) to skala, w której pacjent za pomocą liczb od 0 do 10 ocenia ból, przy czym 0 oznacza brak bólu, a 10 – bardzo silny ból. Jest to narzędzie podobne do skali wzrokowo-analogowej. Różnica polega na tym, iż w przypadku tej pierwszej wynik zapisywany jest na wykresie [5, 8]. Skala numeryczna jest łatwa i zrozumiała dla prawie wszystkich pacjentów. Zawiera ona 11 punktów określających natężenie bólu, pozwala dość dokładnie i prawdziwie określić odczuwany ból pooperacyjny. Spośród wszystkich skal daje najrzetelniejszy obraz, co pozwala trafnie dobrać terapię przeciwbólową.

Odczuwany przez pacjenta ból może być również sygnalizowany za pomocą dodatkowych werbalnych i niewerbalnych sygnałów. Nie podlegają one ocenie według skal. Werbalne sygnały to zwykle skarżenie się pacjenta na ból, mówienie o nim. Niewerbalne to wzdychanie, jęczenie i płacz. Pacjenta cierpiącego można rozpoznać po odpowiedniej mimice twarzy: wykrzywianiu i zagryzaniu warg, zaciskaniu zębów. Ciało pacjenta wydaje się silnie napięte, widoczny jest niepokój ruchowy, uciskanie bądź masowanie bolącego miejsca, zaburzenie snu, brak łaknienia. Poza zmianami w zachowaniu bólowi mogą towarzyszyć objawy kliniczne, takie jak: pocenie się, wymioty, nudności, bladeść powłok skórnych lub zaczerwienienie twarzy, zwężenie źrenic, zmiany w ciśnieniu tętniczym, rytmie serca czy częstości oddechów [18].

W praktyce spotykamy się również z innymi narzędziami oceniającymi ból, są to kwestionariusze. Przykła-

dem może być kwestionariusz McGilla-Melzacka, zawierający wielokompleksową ocenę bólu. Przy jego użyciu ocenia się nie tylko natężenie bólu, lecz także jego psychologiczną stronę. Wykorzystując to narzędzie do oceny bólu u pacjentów pooperacyjnych, przeprowadzono badanie wśród 132 chorych operowanych w szpitalach na terenie województwa śląskiego [19]. Badanie wykonano w trzech etapach. Pierwszy obejmował ocenę w zależności od rodzaju wykonanego zabiegu chirurgicznego. Zabiegi określano jako małe, średnie i duże (klasyfikacja na podstawie rozległości i stopnia uszkodzenia tkanek). Kolejny, II etap badania dotyczył czasowości. Badanych stanowili pacjenci w 2. i 4. dobie po operacji. W III etapie dane uzyskane w etapach I i II poddano analizie statystycznej. Stwierdzono, że lokalizacja bólu była uzależniona od rodzaju procedury chirurgicznej. Aż 90% pacjentów odczuwało ból pooperacyjny w 2. dobie po zabiegu pomiędzy 2. a 4. stopniem skali bólu, natomiast pacjenci w 4. dobie po operacji odczuwali ból na poziomie 1–3 pkt. W okresie pooperacyjnym pacjenci dobrze oceniali zastosowanie farmakoterapii jako metody zwalczania bólu. Oceniając komunikaty personelu dotyczące istoty bólu po operacji, sposoby monitorowania go i stosowania terapii przeciwbólowej, chorzy uznali je za wystarczające. Uznali też, że fizyczne aspekty bólu oceniane za pomocą kwestionariusza były dobrze kontrolowane. Pacjenci jednak skarżyli się na mniejszy komfort psychiczny związany z wygodnym ułożeniem ciała, optymalnymi warunkami do snu i odpoczynku, a także delikatnością personelu przy wykonywaniu zabiegów.

Z badań wynika, że do oceny bólu pooperacyjnego częściej wykorzystuje się narzędzia w postaci skal oceniających fizyczne aspekty bólu (m.in. jego natężenie, lokalizację, charakter). W Polsce rzadko stosuje się kwestionariusz McGilla-Melzacka, uwzględniający również odczucia psychiczne i emocje związane z występowaniem bólu pooperacyjnego [1]. W piśmiennictwie podkreśla się, że ból jest zawsze doznaniem subiektywnym i zaleca się użycie dwóch narzędzi pomiarowych w celu zwiększenia rzetelności oceny [11].

Dokładne badanie dotyczące bólu pooperacyjnego można przeprowadzić za pomocą *Skali klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym*, którą opracowano w Szwecji. Zawiera ona 14 pozycji z czterema podskalami (komunikacja, działanie, zaufanie, środowisko). Wykorzystując tę skalę, określa się najsilniejsze oraz najłagodniejsze doznania bólowe w okresie pooperacyjnym. Pacjenci dokonują oceny według skali Likerta, gdzie 1 to brak zgody respondenta, a 5 – pełna aproba. Gdy punktacja osiąga wartość 4,5, oznacza to, że opieka pielęgniarska nie jest zadowalająca. Opieka pielęgniarska może zostać oceniona na 14 do 70 pkt. Wskazany wynik w stosunku do opieki pielęgniarskiej nie powinien być mniejszy niż 63 pkt. Punktacja dla podskali działanie i zaufanie nie powinna być niższa niż 18 pkt, a dla komunikacji i środowiska nie mniejsza niż 13 pkt [19, 20].

Ildvall i wsp. porównały ocenę jakości opieki pielęgniarskiej w okresie pooperacyjnym z punktu widzenia

pacjenta i pielęgniarki. Badaniu poddano 209 pacjentów i 64 pielęgniarki. Wykazano, że w ocenie środowiska nie było znaczących różnic między pielęgniarkami a pacjentami. Najsilniejsze odczucia bólowe chorzy odczuwali ok. 37 godz. po zabiegu chirurgicznym. Pielęgniarki jednak nie potrafiły jednoznacznie określić, jaki czas jest najbardziej optymalny do podjęcia działań przeciwbólowych. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej nad chorym odczuwającym ból pooperacyjny zależała od poziomu aktywności chorego (chodzący lub unieruchomiony) [21].

W badaniu Jaracz i wsp. [14] również wykorzystano *Skalę klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym*. Autorki artykułu zakwalifikowały do badania 150 pacjentów oddziału chirurgii ogólnej, w tym 69 kobiet i 81 mężczyzn, w wieku 20–90 lat. Badani zakwalifikowani byli do zabiegów chirurgicznych metodą klasyczną lub laparoskopową, przy użyciu znieczulenia ogólnego, zewnątrzoponowego i miejscowego. Ocena jakości opieki wyniosła 58,5. Natomiast w badaniu Bączyk i wsp. wynik oceny jakości opieki wynosił 60,84 [19]. Porównując poszczególne podskale, w badaniu Jaracz i wsp. w zakresie zaufania uzyskano wyższe oceny aniżeli w zakresie działania i środowiska oraz komunikowania się [14]. Odwołując się do badań Bączyk i wsp. w zakresie komunikowania, uzyskano 13,16 pkt. W podskali działanie uzyskano 15,05 pkt. Bardzo wysoko oceniono podskalę zaufanie – 18,99. Ogólnie ocena jakości opieki dotycząca środowiska była dobra, jedynie 8 osób zgłosiło swoje niezadowolenie z powodu braku ciszy i spokoju w nocy. Ponadto 4 osoby uznały, że znajdowały się w nieprzyjemnym pokoju, 6 stwierdziło, że na dyżurze jest zbyt mała liczba pielęgniarek. Analizując wyniki badania Bączyk i wsp., stwierdza się, iż działania przeciwbólowe wobec pacjentów pooperacyjnych były skuteczne. W obu badaniach największe zadowolenie pacjenci zgłaszali wobec podskali środowisko i zaufanie [14, 19]. W badaniu Jaracz i wsp. nie występowały znamienne statystycznie różnice oceny jakości opieki pielęgniarskiej ze względu na wiek, płeć, nasilenie bólu, rodzaj znieczulenia i metodę zabiegu [14]. Zdaniem autorek wykorzystane w badaniu narzędzie, czyli polska wersja *Klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym*, jest dobre, lecz nie doskonałe. Skala powinna podlegać dalszej analizie w zakresie adaptacji do warunków leczenia operacyjnego w Polsce. Na podstawie badania stwierdzono, iż jakość opieki nad pacjentem pooperacyjnym w aspekcie bólu była na poziomie średnim. Najwyżej pacjenci ocenili środowisko szpitalne i zaufanie do personelu, najniżej zaś komunikację [19].

Jakość opieki zdrowotnej

Pojęcie jakości funkcjonuje już od bardzo dawna. Według Platona *jakość jest to pewien stopień doskonałości*, a według Crosby'ego *jakość jest dostosowaniem do*

wymogów lub zleceń [22]. Jakość dotyka wszystkich dziedzin naszego życia, również opieki zdrowotnej. Piątek uważa, iż jakość opieki zdrowotnej to *stopień, w jakim opieka przyczyniła się do osiągnięcia pożądaných efektów w stanie zdrowia osób (grup), związana zdolność do samoopieki lub samorealizacji oraz wykazuje zdolność z aktualną profesją, wiedzą i przyjętymi standardami* [23]. W obecnym świecie wyznacznikiem wysokiej jakości świadczeń medycznych jest akredytacja CMJ i certyfikacja ISO 9001. Wdrożenie systemu zarządzania jakością poprawiło i uporządkowało działania wewnętrzne dotyczące dokumentowania usług, planowania i organizacji pracy, komunikacji, a w konsekwencji ujednoczenia działań za pomocą stałych procedur i standardów [24].

Ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego

Opieka pielęgniarska jest ściśle związana z działaniami diagnostycznymi, leczniczymi, rehabilitacyjnymi i profilaktycznymi. Konieczna jest współpraca ze specjalistami poszczególnych dziedzin medycznych. Jakość opieki pielęgniarskiej to subiektywne odczucie i trudno ją ocenić. Na jakość świadczonej opieki przez pielęgniarki ma wpływ ich zadowolenie z wykonywanej pracy, okazywane wsparcie, poczucie satysfakcji. W badaniach Kwack i wsp. przeprowadzonych w Korei Południowej udowodniono, iż wypalenie zawodowe oraz brak wsparcia organizacyjnego może mieć wpływ na niską jakość świadczonej opieki zdrowotnej, co przejawia się m.in. ograniczonym zaufaniem pacjentów wobec środowiska medycznego [25].

Cieśla i wsp. przeprowadzili podobne badania w Polsce w 2008 i 2009 r. na terenie województwa mazowieckiego w siedmiu szpitalach na oddziałach neurochirurgicznych. W badaniu wzięto udział 43 lekarzy oraz 130 pielęgniarek. Ponad połowa respondentów posiadała wiedzę na temat jakości opieki zdrowotnej. Prawie połowa uważała, iż występuje u nich wysoki poziom wypalenia zawodowego. Autorzy uważają, że jakość świadczonej opieki wymaga pełnego zaangażowania. Pojawiający się stres, wypalenie zawodowe, brak poczucia satysfakcji z wykonywanej pracy, brak wsparcia obniżają poziom jakości świadczonych usług [26].

Na jakość opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po zabiegu chirurgicznym duży wpływ mają działania przeciwbólowe. Obejmują one następujące obszary:

1. Wcześniej opisana profilaktyka i pomiary bólu pooperacyjnego przy użyciu skal.
2. Komunikowanie – obszar, gdzie należy uwzględnić trzy rodzaje komunikacji zwrotnej:
 - pielęgniarka ↔ pacjent,
 - pielęgniarka ↔ pielęgniarka,
 - pielęgniarka ↔ lekarz.

Wszystkie informacje powinny być komunikatami zwrotnymi i zrozumiałe dla stron. Nawiązanie dobrej komu-

nikacji z chorym jest trudnym, lecz koniecznym zadaniem, by uzyskać ważne dla procesu leczenia informacje [11]. W przypadku bólu pooperacyjnego, jedną z form uzyskania informacji jest badanie podmiotowe pacjenta, a w przypadku dziecka czy osoby z trudnościami w zakresie komunikowania się, z jego opiekunem.

3. Działanie powinno się odbywać w ścisłej współpracy z pacjentem. Pacjent powinien mieć możliwość oceny natężenia bólu i współuczestniczyć w podejmowaniu decyzji o sposobie pielęgnowania i leczenia. Działania pielęgniarskie powinny się odbywać przy udziale obserwacji i pielęgniarskiej oceny stanu ogólnego pacjenta. Obserwacja pielęgniarska powinna być ukierunkowana na ustalenie przyczyny bólu oraz czynników modyfikujących.

4. Środowisko to czynniki związane z najbliższym otoczeniem chorego, wpływające na poczucie komfortu. Pielęgniarka zapewnia m.in. optymalne warunki do wypoczynku, snu [14, 19].

W badaniu Jaracz i wsp. przeprowadzonym z wykorzystaniem *Skali klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym* wykazano, iż największe zadowolenie w leczeniu bólu pooperacyjnego pacjenci podawali w obrębie podskali środowisko i zaufanie, a najmniejsze w komunikacji [14, 19].

Działania na rzecz pacjenta cierpiącego z powodu bólu pooperacyjnego to ścisła współpraca całego zespołu terapeutycznego. Pielęgniarka uczestniczy również w leczeniu farmakologicznym. Najczęściej łączy się leki o różnym mechanizmie działania, co zwiększa efekt przeciwbólowy i ogranicza pojawienie się objawów niepożądanych. Sukces terapii przeciwbólowej zależy również od systematyczności podawania leków niezależnie od tego, czy pacjent aktualnie skarży się na ból czy nie. W farmakoterapii stosuje się leki nieopiodowe, takie jak: paracetamol, metamizol, oraz opioidy, np. kodeinę, a także silne leki typu morfina czy fentanyl. Sposób podawania leku powinien być najkorzystniejszy dla chorego, a dobór drogi uzależniony od stanu pacjenta i postaci preparatu farmakologicznego. Inną metodą leczenia przeciwbólowego jest stosowanie znieczulenia regionalnego, np. blokad centralnych i blokad nerwów obwodowych. W tym celu wykorzystuje się leki miejscowo znieczulające, do których należy lidokaina [27].

Mimo wielu działań przeciwbólowych w okresie pooperacyjnym nie ma nadal pełnego zadowolenia ze strony pacjentów i zespołów leczących. Dlatego też sięga się do coraz nowszych technik. Jedną z nich jest stosowanie ultradźwięków. Z badań wynika, iż może to być obiecująca metoda w obrazowaniu i leczeniu bólu. Pozwala ona na identyfikację miękkich tkanek, naczyń i nerwów bez narażania pacjentów i personelu na promieniowanie. Nie ma jeszcze w pełni określonych procedur co do stosowania tej techniki. Istnieje więc potrzeba dalszych badań klinicznych nad skutecznością i bezpieczeństwem tej metody leczenia bólu [28].

Wnioski

1. Ból pooperacyjny powinien podlegać ciągłej obserwacji i ocenie za pomocą standaryzowanych narzędzi (takich jak skale i kwestionariusze), ułatwiających pielęgniarce i całemu zespołowi medycznemu trafnie podejmować decyzje co do metody zapobiegania i leczenia bólu. Ma to wpływ na jakość opieki pielęgniarskiej.
2. Ból pooperacyjny powinien podlegać czterem podstawowym działaniom: zapobieganiu, ocenie, leczeniu i monitorowaniu. W opiece pielęgniarskiej nad pacjentem cierpiącym z powodu bólu pooperacyjnego należy uwzględnić elementy profilaktyki i leczenia bólu. Należą do nich: przedoperacyjna edukacja pacjenta, ocena i obserwacja bólu, udział w farmakoterapii. Działania te prowadzi się według opracowanych standardów.
3. W leczeniu bólu pooperacyjnego ważne jest indywidualne podejście do pacjenta, gdyż dwóch chorych w tych samych warunkach może odczuwać ból zupełnie inaczej i odmiennie reagować na zastosowaną terapię przeciwbólową.
4. Wszystkie działania podejmowane wobec pacjenta po zabiegu chirurgicznym powinny znaleźć swoje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej. Należy zadbać o uzyskiwanie informacji zwrotnej ze strony pacjenta w sprawie komfortu leczenia i opieki. Pozwoli to na monitorowanie i korekcję działań. Uzyskamy dzięki temu dane dotyczące jakości opieki pielęgniarskiej i lekarskiej.

Piśmiennictwo

1. Kołodziej W, Korpel E. Ból pooperacyjny na oddziale chirurgicznym w ocenie ankietowego badania z zastosowaniem kwestionariusza McGilla-Melzacka – doniesienie wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16: 231-236.
2. Miodek J. Ból w języku polskim. *Ból* 2004; 5: 8-9.
3. Domżał T. Definicja bólu i terminologia. W: *Ból – podstawowy objaw w medycynie*. Domżał T (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996; 16-17.
4. Domżał T. Reakcja na ból. W: *Ból – podstawowy objaw w medycynie*. Domżał T (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996; 31-36.
5. Korzeniowska K, Szatek E. *Ból. Farmacja Współczesna* 2010; 3: 9-14.
6. Wordliczek J, Dobrogowski J. Ból po zabiegach operacyjnych. *Przegl Urol* 2003; 3: 50-58.
7. Wordliczek J, Dobrogowski J. Patofizjologia bólu pooperacyjnego. *Przegląd Lekarski* 2000; 57: 201-210.
8. Juszczyk K. Rola pielęgniarki w zwalczaniu bólu pooperacyjnego. *Pielęg Chir Angiol* 2009; 4: 131-134.
9. Larsen R (tłum. Żołnowska A). Leczenie bólu pooperacyjnego. W: *Anestezjologia. Część II*. Kübler A (red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2003; 831-833.
10. Miller C, Sahar E. Pain perception and expression: the influence of gender, personal self-efficacy, and lifespan socialization. *Pain Manag Nurs* 2006; 4: 148-152.
11. Wordliczek J, Dobrogowski J. Ból ostry. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002; 75-89.
12. Vikram B, Patel MP, FIPP Pain clinic: anatomy and physiology – the structure and function for an interventional pain practice. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management* 2010; 4: 159-165.
13. Karlsten R, Ström K, Gunningberg L. Improving assessment of postoperative pain in surgical wards by education and training. *Qual Saf Health Care* 2005; 14: 332-335.
14. Jaracz K, Wdowczyk K, Górna K. Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji skali klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym. *Pielęg Pol* 2005; 1: 9-14.
15. Dobrogowski J. Uśmierzenie bólu pooperacyjnego. *Zalecenia* 2008. *Ból* 2008; 9: 7-10.
16. Chęciński P, Gabriel M. Usprawnianie leczenia krytycznie chorych. W: *Usprawnianie leczenia chorych po rozległych operacjach na jamie brzusznej*. Szulc R, Urban E (red.). Urban & Partner, Wrocław 2000; 155-163.
17. Sloman R, Wruble AW, Rosen G, Rom M. Determination of clinically meaningful levels of pain reduction in patients experiencing acute. *Pain Manag Nurs* 2006; 7: 153-158.
18. Korzeniowska K, Szatek E. *Ból. Farmacja Współczesna* 2010; 3: 9-14.
19. Bączek G, Ochmańska M, Stępień S. Subiektywna jakość opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. *Probl Pielęg* 2009; 17: 173-177.
20. Idvall E, Hamrin E, Sjöström B, Unosson M. Quality of indicators in postoperative pain management: a validation study. *Scand J Caring Sci* 2001; 15: 331-338.
21. Idvall E, Hamrin E, Sjöström B, Unosson M. Patient and nurse assessment of quality of care postoperative pain management. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 327-324.
22. Soma-Merklingar M. Jakość w opiece medycznej. *Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków* 2005; 5-7.
23. Piątek A. Wybrane aspekty zapewnienia jakości opieki pielęgniarskiej. W: *Podstawy pielęgniarstwa*. Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K (red.). Lublin 2008; 406-410.
24. Potasińska-Sobkowska A. Pacjenci oczekują wysokiej jakości usług. *Przemysł, Środowisko, Jakość, Zarządzanie* 2010; 1-36.
25. Kwack C, Chung BY, Xv Y, Eun-Jung C. Relationship of job satisfaction with perceived organizational support and quality of care among South Korean nurses: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2010; 47: 1292-1298.
26. Cieśla D, Wesołowska E, Pastuszko M. Jakość opieki świadczonej w oddziale neurochirurgii z perspektywy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18: 97-100.
27. Dobrogowski J, Wordliczek J, Przeklasa-Muszyńska A. Farmakoterapia bólu pooperacyjnego. *Przegl Lek* 2000; 57: 215-220.
28. Eichenger U, Greher M, Curatolo M. Ultrasound in interventional pain management. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management* 2004; 4: 171-178.
29. Bounds D, Vallejo R. Documentation for a multidisciplinary pain practice. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management* 2010; 4: 180-184.