

**Barbara Ślusarska, Bożena Zboina,  
Danuta Zarzycka**

---

**Pacjent z bólem w pracy pielęgniarki**

---

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 31, 99-114

---

2008

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Barbara Ślusarska<sup>1</sup> Bożena Zboina<sup>2</sup> Danuta Zarzycka

## PACJENT Z BÓLEM W PRACY PIELEŃNIARKI

### Wstęp

Ból towarzyszył ludzkości od niepamiętnych czasów, dlatego od wieków człowiek szukał remedium na ból i związane z nim cierpienie. Odczuwanie bólu jest doświadczeniem wyjątkowo trudnym, a jednocześnie odbieranym subiektywnie i zmiennie indywidualnie, stąd od zarania istnienia ludzkości tematyka bólu była podejmowana przez artystów zarówno poetów, pisarzy, jak i rzeźbiarzy czy malarzy. Zagadnienie bólu jest badane przez filozofów, teologów i socjologów, a przede wszystkim przez profesjonalistów nauk medycznych tj. lekarzy i pielęgniarki.

Słowo ból wywodzi się z języka greckiego, w którym "*poine*" oznaczało karę, stąd w wielu kulturach słowo to wiązano z koncepcją ukarania i zemsty.

Według Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu - ból (łac. *dolor*) "jest to nieprzyjemne, zmysłowe i emocjonalne przeżycie towarzyszące istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanki, bądź odnoszone do takiego uszkodzenia" [1]. Ból jest więc reakcją obronną organizmu, odczuciem subiektywnym, cennym objawem diagnostycznym, występuje jako objaw większości chorób. Jeżeli doznania bólowe są bardzo silne i trwają zbyt długo, jak np. w schyłkowym stadium choroby nowotworowej, ból traci swoją rolę diagnostyczną (jako czynnik ostrzegawczo-obronny) i staje się cierpieniem [2].

Chory odczuwający ból stanowi w pracy pielęgniarki szczególnie problem pielęgnacyjny. Ból i cierpienie z tym związane, podobnie jak radość i szczęście, są odczuciami subiektywnymi. Pielęgniarka, aby sprostać zadaniu walki z bólem, musi każdego chorego traktować indywidualnie, jednocześnie z całą wyrozumiałością dla jego cierpienia.

Celem pracy jest ukazanie istotnych elementów w pracy pielęgniarki z pacjentem cierpiącym ból, które mają uzasadnienie teoretyczne i powinny być wykorzystywane w praktyce.

---

<sup>1</sup> Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie.

<sup>2</sup> Katedra Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim.

## **Rozumienie istoty i uwarunkowań bólu podstawą działań diagnostycznych pielęgniarki**

Rozumienie odczucia bólowego (doświadczenia bólowego) jest podstawą umiejętności oceny ze względu na jego złożoność. Ból i jego odczuwanie jest wynikiem interakcji kilku składowych, mających znaczenie w jego doświadczaniu u pacjenta [1]:

- składowa czuciowo-dyskryminacyjna - odpowiada odczuciom pacjenta i odwołuje się do przeżytych doświadczeń, które służą jako punkt odniesienia (siła i lokalizacja bólu, czas występowania, czynniki łagodzące czy pogarszające odczucie bólu itp.);
- składowa uczuciowa i emocjonalna - odpowiada temu w jaki sposób pacjent odczuwa ból: przykry, nieprzyjemny, krępujący, porażający, itp. Zwykle skłania do poszukiwania pomocy u lekarza, aby się uwolnić od bólu;
- składowa poznawcza - odpowiada miejscu jakie pacjent przypisuje bólowi w swoim życiu. Odwołuje się generalnie do uznawanego systemu wartości, w którym cierpienie znajduje swoje własne znaczenie;
- składowa związana z zachowaniem - odpowiada sposobom, w jakich pacjent wyraża swój ból. Na zachowanie składają się reakcje ruchowe, słowne i niewerbalne, świadome lub nie, oraz reakcje wegetatywne.

Wyróżniane są cztery typy reakcji na ból [3]:

1. Reakcja wegetatywna - to zewnętrzny wyraz wewnętrznych emocji; występuje w postaci różnych zaburzeń czynności układu krążenia:
  - podwyższenie ciśnienia skurczowego o 20-30 mm Hg (2,7- 4,0 kPa);
  - przyspieszenie tętna;
  - przekrwienie spowodowane rozszerzeniem naczyń (może być miejscowe lub odległe od miejsca działania bodźca);
  - nadmierne wydzielanie potu;
  - rozszerzenie źrenic.
2. Reakcja psychiczna - jej objawem jest zwiększona wrażliwość na ból. Można zaobserwować charakterystyczne zachowania psychoruchowe:
  - pobudzenie ruchowe, niepokój (ulgę w cierpieniu przynosi zapewnienie pacjentowi możliwości ruchu);
  - zahamowanie ruchowe i psychiczne (ulgę przynosi zapewnienie pacjentowi ciszy i spokoju);

Jest to zespół różnych odczuć i zachowań, spośród których dominuje cierpienie, smutek, niepokój, lęk, strach.

3. Reakcja ruchowa - jest najczęściej połączona z reakcją psychiczną, ale również niezależną, odruchową, która ma na celu zmniejszenie działania i skutków czynnika wywołującego ból. Charakterystyczną reakcją jest skurcz mięśni, któremu towarzyszy ruch lub bezruch, może występować również skurcz mięśni mimicznych.

Wyrazem reakcji może być: grymas twarzy, zaciskanie zębów, zaciskanie rąk, podkurczanie nóg, skurcz mięśni oddechowych prowadzących do bezdechu.

4. Reakcja humoralna - powoduje wydzielanie hormonów do krwi; wymaga specjalistycznych badań.

Dokładna analiza całej kompleksowości bólu jest potrzebna w celu skuteczniejszego leczenia bólu. Przy doborze metody terapii należy zwrócić uwagę na osobę pacjenta, ale także na rodzaj bólu.

W uwarunkowaniach praktyki pielęgniarskiej wobec pacjenta cierpiącego ból istotnym jest rodzaj bólu, którego charakterystyka wynika z istniejących klasyfikacji bólu:

**1. ze względu na patomechanizm:** możemy wyróżnić dwa podstawowe rodzaje bólu: receptorowy i niereceptorowy, ale należy mieć świadomość, że często cierpienie przynosi ból o charakterze mieszanym.

**a) Ból ostry (receptorowy, fizjologiczny)** – jest wynikiem mechanicznego i chemicznego drażnienia receptorów nerwów czuciowych. Wyróżnia się bóle **somatyczne** - (zlokalizowane, bóle powstałe na skutek uszkodzenia tkanek miękkich lub bóle kostne) i bóle **trzewne** - (rozlane, pochodzące z narządów wewnętrznych). Ból ten zazwyczaj trwa tak długo, jak działa bodziec wywołujący go.

**b) Ból przewlekły (niereceptorowy, patologiczny)** – ból trwający dłużej niż trzy miesiące i nie ustępujący, mimo wygojenia uszkodzonych tkanek [4]. Bóle te spowodowane są uszkodzeniem układu nerwowego w wyniku urazu, zakażenia, niedotlenienia lub zaburzeń metabolicznych (np. naciekanie splotu barkowego przez raka płuc, bóle fantomowe po amputacjach). **Charakter bólu** może być różnie określony: jako nagły, pojawiający się napadowo, trwający od kilku sekund do kilku minut, przerywany lub stały, pulsujący, rwący, piekący, kurczowy rozpierający. Czynniki emocjonalne mogą nasilać ból [5]

**2. ze względu na miejsce odczuwania bólu** można wyróżnić:

**a) ból zlokalizowany** - dający się precyzyjnie określić i wskazać miejsce występowania bólu, np. ból zęba, kończyny, stawów.

- b) **ból rzutowany -promieniujący** - pacjent odczuwa ból w innym miejscu niż źródło powstania np. ból w klatce piersiowej promieniujący do lewego barku i ręki;
- c) **uogólniony-wszegarniający**, (ból totalny), pacjent nie jest w stanie zlokalizować bólu, który występuje w wielu miejscach Poza czynnikami somatycznymi, pacjentowi towarzyszą zmiany psychiczne [4].

### 3. ze względu na czas trwania

- a) **bóle stałe** - występują cały czas można je niwelować poprzez regularne stosowanie analgetyków;
- b) **bóle przebijające** - ostre silne napadowe bóle nakładające się na już istniejące leczone stałe bóle;
- c) **bóle incydentalne** - ściśle związane z określoną czynnością, która wywołuje ból, często wywołany ruchami np. zbyt gwałtowną zmianą pozycji ciała [5].

Podstawą jednak działań leczniczych i opiekuńczych pielęgniarki staje się charakterystyka bólu ze względu na patomechanizm, w którym oprócz bólu ostrego i przewlekłego w literaturze znajduje wyróżnienie ból nowotworowy [6].

- **Ból ostry ( fizjologiczny)**

Jest to typowy przykład bólu informującego o chorobie lub uszkodzeniu. Jako objaw ostrzegający ma zazwyczaj jasną przyczynę, jest łatwy do zlokalizowania oraz przeważnie łatwy do kontrolowania i stopniowej likwidacji w miarę postępu leczenia. Ból ostry pojawia się niemal bezpośrednio po zaistnieniu czynnika zewnętrznego (np. uszkodzenie tkanki) lub wewnętrznego (np. zapalenie). Czas trwania bólu ostrego nie przekracza zwykle miesiąca. Zazwyczaj jest to dobrze tolerowany, zwłaszcza, jeśli przyczyna jest znana i jeśli pacjent wie, że podjęto odpowiednie kroki w celu jej usunięcia. W skuteczności leczenia wiele zależy od indywidualnego nastawienia i wrażliwości pacjenta.

- **Ból przewlekły (patologiczny)**

W przeciwieństwie do bólu ostrego, ból przewlekły jest zarazem i symptomem, i samodzielnym zespołem chorobowym, który wiąże się ze znacznym cierpieniem pacjenta, i który musi być zrozumiany i leczony. Mechanizmy fizjologiczne bólu przewlekłego pozostają wciąż w dużym stopniu zagadką. Przyjmuję się, że w percepcji tego bólu dominują czynniki ośrodkowe. Ból przewlekły trwa dłużej niż 3-6 miesięcy, miesiąc pacjent ma już zazwyczaj za sobą długą historię leczenia (zarówno farmakologicznego, jak i chirurgicznego).

Z bólem przewlekłym wiążą się dodatkowe obciążenia, takie jak: nadużywanie leków, wycofywanie się z aktywnego życia, rozdrażnienie, nerwowość, konflikty z otoczeniem, nastroje depresyjne, obniżone poczucie własnej wartości, poczucie bezsilności, rozpacz, przerażenia. Ból przewlekły nie informuje o uszkodzeniu ani zagrożeniu, pojawia się bez przyczyny, bez pobudzenia obwodowego.

- **Ból nowotworowy**

W sytuacji, gdy choroby nowotworowe stają się prawdziwą plagą współczesnej cywilizacji, zwracana jest szczególna uwaga na ból związany z tymi jednostkami chorobowymi. Niemal przy każdym rodzaju nowotworu występuje ból, przy czym różna jest ich intensywność i moment pojawienia się. W stadium końcowym choroby nowotworowej niemal każdy pacjent musi walczyć z bólem. Jego intensywność sprawia, że pacjent odczuwa silny strach przed bólem, a także przed tym, czego jest zwiastunem - mianowicie przed zbliżającą się śmiercią. Świadomość nieuleczalności choroby wywołuje dodatkową depresję. W takiej sytuacji podstawowym zadaniem jest leczenie bólu, zwłaszcza wtedy, gdy sama choroba nie poddaje się już terapii. Uwolnienie od bólu pozwala pacjentom przez długi czas prowadzić w miarę normalne życie, umrzeć w spokoju i z godnością.

Ból nowotworowy jest skutkiem specyficzności choroby, a także towarzyszących jej emocji: lęku, depresji i gniewu. Trwa nieraz tygodniami, miesiącami, latami, przejmując kontrolę nad umysłem, doprowadza chorego do depresji i wyczerpania fizycznego. Ból występuje średnio u [6] :

- 87% chorych na raka przełyku,
- 83% chorych z przerzutami do kości,
- 81% chorych z rakiem trzustki,
- 78% chorych z rakiem piersi,
- 73% chorych z rakiem płuca.

### **Metody oceny bólu wykorzystywane w pracy pielęgniarskiej**

Ocena chorego z bólem powinna uwzględnić następujące cechy bólu: rodzaj, lokalizację, czynniki powodujące ból, czas trwania, charakter, stopień i czynniki wpływające na natężenie, stopień zaburzenia aktywności dziennej, wpływ na sen, objawy niepożądane i inne objawy towarzyszące bólowi [5].

W pracy pielęgniarki z pacjentem cierpiącym ból wykorzystywane są następujące metody:

- wywiad,
- skale kwestionariusze służące do samooceny
- behawioralne sposoby oceny bólu.

**Wywiad** dotyczący oceny stanu pacjenta cierpiącego powinien uwzględniać następujące elementy:

- a) lokalizację bólu (np. w mięśniach, stawach, kościach, narządach);
- b) charakter bólu ( np. palący, kłujący, paraliżujący, pulsujący);
- c) nasilenie bólu (np. skale oceny - słowna lub liczbowa, wizualna skala analogowa);
- d) co wpływa na nasilenie, a co przynosi ulgę w odczuwanym bólu (np. poruszanie się, spożycie pokarmu, temperatura otoczenia, pielęgnacja, zmiana pozycji ciała, stosowane okłady)
- e) czas trwania bólu;
- f) przebieg bólu ( czas trwania, narastanie, słabnięcie);
- g) objawy towarzyszą choremu podczas bólu (kołatanie serca, wymioty, duszność)
- h) wpływ bólu na codzienne funkcjonowanie (ograniczenia w lokomocji, spożywanie posiłków, zaburzenia snu)

Podczas zbierania wywiadu należy starać się uzyskać odpowiedzi na następujące pytania:

- Wskaż miejsce bólu. Czy ból gdzieś promieniuje?
- Czy istnieje czynnik, który spowodował ból?
- Jak długo odczuwasz ból?
- Czy ból jest stały, napadowy czy nawracający?
- Jaki jest charakter bólu (tępy, ostry, piekący, kłujący itd.)?
- Jaki jest stopień natężenia bólu (aktualnie i w czasie największego nasilenia)?
- Co wyzwała ból lub zwiększa jego natężenie?
- Co powoduje ulgę w dolegliwościach?
- Czy ból zaburza sen?
- W jakim stopniu ból zakłóca dzienną aktywność?
- Jakie stosowano dotychczas leczenie?
- Czy wystąpiły objawy niepożądane, związane ze stosowanym leczeniem?
- Jakie inne objawy towarzyszą bólowi?

**Narzędzia służące do samooceny bólu.** Subiektywny charakter bólu sprawia, że trudno jest go „zmierzyć” u konkretnego chorego. Dlatego też opracowano kilka wiarygodnych narzędzi służących do samooceny:

a). słowna skala oceny bólu - jest to skala porządkowa, zawierająca wiele kolejno ustawionych cyfr z przypisanymi do nich określeniami stopnia natężenia bólu:

- 0- brak bólu
- 1- ból lekki
- 2- ból silny
- 3- ból nie do zniesienia

lub:

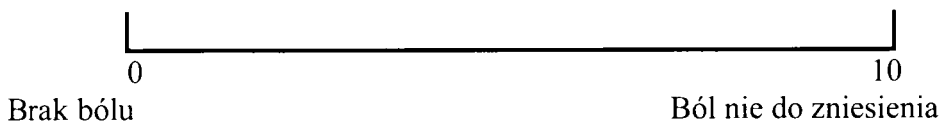
- 0- brak bólu
- 1- łagodny
- 2- znośny
- 3- dotkliwy
- 4- nieznośny
- 5- nie do wytrzymania.

Wadą tej skali jest to, że zawarte w niej określenia są różnie interpretowane i nie zawsze odpowiadają słowom, którym chory opisuje swój ból. Ponadto chorzy bardzo rzadko wybierają wartości skrajne i dlatego skala ta nie bardzo nadaje się do porównań statystycznych[2].

b). skala oceny liczbowej (numerycznej)- w ocenie chory jest proszony, żeby określił jak silny jest ból wskazując na odpowiednią cyfrę w skali od 0 do 10, przy czym 0 oznacza: „wcale nie odczuwam bólu”, a 10: „najgorszy ból, jaki mogę sobie wyobrazić”.

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

c). skala wzrokowo-analogowa (wizualno-analogowa) - skala VAS, za pomocą której, pacjent zaznacza nasilenie odczuwanego bólu na 10 cm odcinku, na którym zaznaczono wartości od 0 do 10. Na skali tej 0 oznacza brak bólu, natomiast 10 - największy, wyobraźalny dla pacjenta ból. Wartość w zakresie od 1-3 wskazuje na prawidłową kontrolę bólu, natomiast ból powyżej 7 oznacza natychmiastową konieczność interwencji, gdyż wskazuje to na bardzo silne bóle. Podobnie można korzystać ze skali procentowej, na której 0% i 100% mają identyczną interpretację[4].





Jeżeli wzdłuż przebiegu linii rozmieszczone są dodatkowe określenia słowne stopnia natężenia bólu, wówczas nazywamy ją graficzną skalą opisową.

Przedstawione skale uwzględniają tylko zmysłowy wymiar bólu. Ponieważ nie obejmuje to całości doznań pacjenta, wielu badaczy proponuje używanie skali i kwestionariuszy opisujących zachowania pacjentów. Są to np. dzienniczki aktywności dziennej, tygodniowej, kwestionariusz Melzacka (MPQ), w którym chory cierpiący na ból przewlekły dokonuje samooceny aktywności ruchowej, uwzględniające np. możliwość chodzenia po schodach, siedzenia przez dłuższy czas w jednej pozycji, podnoszenie lub noszenie określonego ciężaru, wykonywanie codziennych czynności, pracy i sposób, w jaki te czynniki wpływają na nasilenie odczuwanego bólu [3].

Oprócz subiektywnych metod oceny bólu bazujących na samoocenie pacjenta wykorzystywane są także obiektywne metody pomiaru bólu, które opierają się na założeniu, że niektóre parametry biomedyczne lub neurofizjologiczne są wykładnikami natężenia bólu..

Najczęściej dolegliwościom bólowym towarzyszą także objawy obiektywne i tzw. zachowania bólowe, takie jak [3]:

- a) podwyższone ciśnienie skurczowe krwi;
- b) przyspieszony lub zwolniony oddech, bezdech;
- c) przyspieszone tętno;
- d) rozszerzenie źrenic;
- e) miejscowe zaczerwienienie skóry;
- f) niepokój, lęk, strach;
- g) pobudzenie lub spowolnienie ruchowe,
- h) grymas twarzy, zaciskanie zębów;
- i) zaciskanie palców u rąk;
- j) nadmierne pocenie się;
- k) brak apetytu;
- l) niemożność zaśnięcia;
- m) przyjmowanie przymusowej pozycji.

Zmiany parametrów fizjologicznych, takich jak częstość akcji serca, oddychania, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, stwierdza się w bólu ostrym, natomiast zwykle nie mają one znaczenia u chorych z bólem przewlekłym.

Pacjent może werbalnie zgłaszać wystąpienie bólu lub można zaobserwować objawy towarzyszące dolegliwościom bólowym.

Należy jednak pamiętać, że ból jest tym, co opisuje chory, a nie tym, co wyobraża sobie otoczenie. Trzeba więc zawsze wierzyć odczuciom pacjenta! Ból jest doznaniem subiektywnym i dlatego powinniśmy się opierać głównie na tym, w jaki sposób chory komunikuje się z nami, polegając na tym, co mówi, pomimo że jego wypowiedź nie zawsze pozostaje w zgodności ze stopniem uszkodzenia tkanek, czy innymi wynikającymi z badania wskaźnikami. Dokonując pomiaru bólu należy pamiętać o następujących zasadach [5]:

- Pomiar bólu to nie tylko wysłuchanie skargi pacjenta.
- Istnieje różnica pomiędzy doznaniem bólowym, zachowaniem bólowym i słownym opisem bólu.
- Rzetelny pomiar bólu zawsze związany jest z wykorzystaniem więcej niż jednego narzędzia pomiaru.
- Na wynik pomiaru zawsze wpływa stan emocjonalny chorego, stopień jego aktywności i sytuacja życiowa.

Trudniejsze do oceny jest zjawisko bólu u dzieci. Istotny wpływ na reakcję bólową u dzieci mają następujące czynniki: psychologiczne, sytuacyjne, wychowawcze, emocjonalne (głównie lęk), rozwojowe, wcześniejsze doświadczenia bólowe, postawa rodziców i otoczenia.

Klasyfikacje bólu:

- Behawioralna – ocena dziecka,
- Fizjologiczne – pomiar określonego parametru,
- Psychologiczne – kwestionariusze,

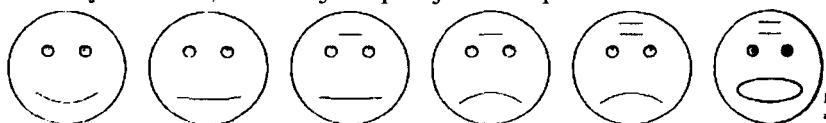
W praktyce codziennej może być stosowana prosta, subiektywna czterostopniowa skala oceny bólu: „nie boli”, „lekko boli”, „średnio boli”, „bardzo boli”.

Wybór metody jest uzależniony od wieku dziecka i możliwości kontaktu słownego z nim. U noworodków i niemowląt obecność i natężenie bólu można ocenić, obserwując jedynie „fizjologiczne” efekty bólu:

- pomiar częstości akcji serca (wzrost),
- pomiar częstości oddechu (wzrost),
- pomiar ciśnienia tętniczego krwi (podwyższone),
- przyspieszenie perystaltyki przewodu pokarmowego,
- wzrost przepływu obwodowego,
- behawioralne (obserwacja innych objawów),
- niepokój, płacz,
- wyraz twarzy,
- zachowanie i ogólna reakcja.

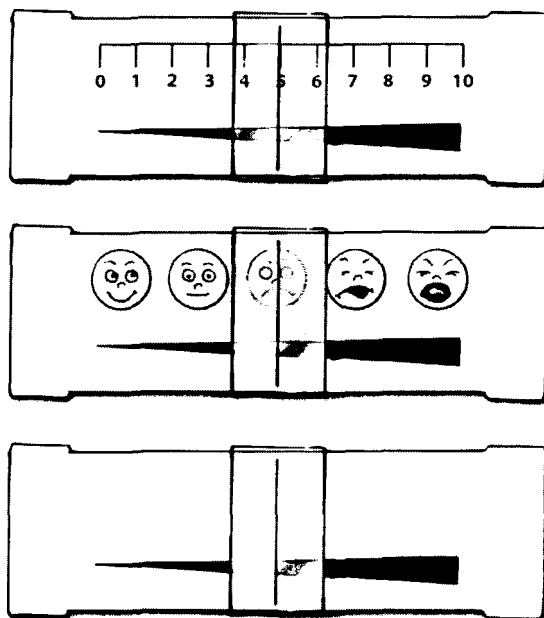
Behawioralne skale oceny bólu.

Oparte są na obserwacji różnorodnych zachowań bólowych i są bardzo pomocne w dostarczaniu informacji na temat bólu u noworodków i niemowląt. Skale wizualne (obrazkowe) mają zastosowanie u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Skale takie opierają się na idei przełożenia własnych negatywnych doznań bólowych na określoną i zrozumiałą dla dziecka symbolikę (obrazki, ryciny, kolory). Dużą grupę stanowią skale obrazkowe, przedstawiające fotografie lub uproszczone rysunki twarzy dziecka, o różnej ekspresji bólu i płaczu.



Ryc.1. Obrazowa skala bólu

Dla grupy dzieci w wieku szkolnym zastosowanie znajdują skale liniowe. Dla dzieci młodszych można używać modyfikacji z symbolicznymi rycinami twarzy uśmiechniętej i smutnej (nad punktami końcowymi skali). Typowa skala liniowa składa się z prostego odcinka z początkiem - „nie boli” i końcem - „ból nie do zniesienia”; dziecko zaznacza punkt bólu na tej skali VAS.



brak bólu

ból umiarkowany

ból nie do zniesienia

Ryc.2. Skale wizualno-analogowe oceny bólu

Zastosowanie w praktyce pielęgniarskiej powyższych skal czyni ból „widocznym”, „opisanym” i umożliwia ocenę efektów stosowanego leczenia przeciwbólowego.

### **Czynniki wpływające na indywidualną wrażliwość na ból**

Każdy człowiek inaczej reaguje na ból, dlatego zadziałanie tego samego bodźca może powodować bardziej lub mniej intensywne odczucie bólu. Zjawisko to jest zależne od indywidualnej wrażliwości i wytrzymałości na ból. Wrażliwość na ból związana jest z reakcją organizmu adekwatną do działającego bodźca. Wyróżniamy dwie różne wartości: wytrzymałość na ból i próg bólowy.

- **Wytrzymałość na ból** - jest to granica bólu który może wytrzymać człowiek, oceniamy ją najczęściej po zachowaniach chorego.
- **Próg bólowy** jest to najmniejsze zauważalne natężenie bólu, czyli pierwsze odczucie bólu pojawiające się w następstwie działania bodźca. Próg bólowy jest wielkością indywidualną, charakterystyczną dla każdego człowieka. Na wysokość progu bólowego może wpływać wiele czynników, które go modyfikują.

### **Do czynników wpływających na wrażliwość na ból zaliczamy:**

- ✓ płeć - kobiety są bardziej wytrzymałe na ból;
  - ✓ czasu trwania choroby - każda choroba przewlekła zmniejsza wytrzymałość na ból;
  - ✓ wiek - np. u dzieci występuje mniejsza wytrzymałość na ból;
  - ✓ genetyczne - związane z indywidualną reakcją na ból
  - ✓ kulturowe - związane z ogólną filozofią pojmowania cierpienia w tym bólu
- Próg bólowy, który może być różny w zależności od:
- czynników, które będą wpływać na **podwyższenie progu bólu** m.in.: sen, odpoczynek, zrozumienie, życzliwość otoczenia, odwrócenie uwagi od bólu, komfort psychiczny, okazanie współczucia, obecność innych osób dostarczenie informacji o chorobie, leczeniu, twórcza aktywność;
  - lub czynników **obniżających próg bólowy** np.: bezsenność, zmęczenie, lęk, złość, gniew, pogorszenie stanu ogólnego organizmu, nuda, niewygodna, poczucie samotności, opuszczenia, brak zrozumienia istoty choroby [5].

### **Udział pielęgniarki w leczeniu bólu**

Leczenie bólu jest zależne od jego rodzaju, pozostaje zawsze w decyzji lekarza i powoduje, że chory przestaje cierpieć.

Ból przewlekły wymaga długotrwałego postępowania przeciwbólowego, którego celem jest osiągnięcie takiego stanu, gdy chory nie odczuwa bólu, mimo iż nie udało się usunąć jego przyczyny. W opiece paliatywnej przyjęto standard farmakologicznego leczenia bólu przewlekłego zgodnie z wytycznymi WHO, wg następujących zasad:

- odpowiedni dobór leku do natężenia bólu;
- dawka leku przeciwbólowego dostosowana indywidualnie;
- podawanie leków przeciwbólowych ciągle, w regularnych odstępach czasu, wg zegara, a nie oczekiwanie na dolegliwości;
- podawanie leków najwygodniejszą dla chorego drogą (doustną, przezskórną);
- wykorzystanie w doborze środków „trójstopniowej drabiny analgetycznej”, opracowanej przez WHO (zmiana leku na silniejszy, gdy słabszy przestaje być skuteczny, uzupełnianie terapii lekami wspomagającymi);
- monitorowanie efektów leczenia;
- kontrolowanie skutków ubocznych [5].

### **Niefarmakologiczne metody postępowania przeciwbólowego**

Niefarmakologiczne metody postępowania pielęgniarskiego wobec pacjenta z bólem są stosowane w celu obniżenia progu bólowego i powinny stanowić integralną jego część leczenia bólu od momentu postawienia rozpoznania. Poza stosowaniem leków przeciwbólowych wykorzystuje się różne możliwości łagodzenia cierpienia bólowego, a stosowane metody można sklasyfikować jako: wspomagające, poznawcze, behawioralne i fizykalne [2].

Celem stosowania metod wspomagających jest skupienie opieki na samym pacjencie/ jego opiekunach i zaangażowanie ich w podejmowanie decyzji w jaki sposób najlepiej można pomóc pacjentowi odczuwającemu ból. Najczęściej sam pacjent/ jego opiekunowie potrzebują instruktażu w tym zakresie oraz oczekują przyjaznej atmosfery nasyconej opiekuńczością ze strony personelu.

Poznawcze metody niefarmakologicznego postępowania przeciwbólowego mają na celu oddziaływanie na procesy myślowe i wyobraźnię pacjenta. Pielęgniarka i jego opiekunowie mogą pomóc pacjentowi w skupieniu uwagi na wcześniejszych pozytywnych doświadczeniach, czy wymyślonej lub znanej z książki, filmu lub innej twórczości człowieka sytuacji lub rzeczy. Ponieważ opiekunowie pacjenta zwykle lepiej znają jego preferencje, stąd często bywają skuteczni w stosowaniu tych metod.

W niefarmakologicznej terapii przeciwbólowej duże znaczenie mają także metody behawioralne, w których wykorzystuje się głębokie oddychanie i stopniową relaksację. Głębokie oddychanie stanowi prostą metodę pomocy pacjentowi w zmniejszeniu bólu i w uzyskaniu samokontroli. Metoda ta zmniejsza napięcie mięśniowe, rozluźnia przeponę i pozwala na lepsze dotlenienie całego organizmu. Pozytywny wpływ w niwelowaniu bólu może mieć także dotyk. Dotyk musi odpowiadać potrzebom pacjenta i przynosi szczególnie dobre rezultaty, jeśli jest realizowany przez osoby z otoczenia pacjenta zaangażowane emocjonalnie we współodczuwanie doznań bólowych przez samego pacjenta.

W niwelowaniu doznań bólowych u pacjenta wykorzystywane są także metody fizykalne, które wpływają na układ czuciowy. Wśród nich najczęściej stosowane, zwykle łatwo dostępne źródła, to ciepło i zimno, ale także modyfikacje ułożenia pacjenta.

Pielęgniarka, znając czynniki wpływające na próg bólowy, może przyczynić się do złagodzenia cierpienia pacjenta poprzez:

- a. uważne i życzliwe wysłuchanie jego skarg, podtrzymanie na duchu, zmniejszenie trapiących go obaw;
- b. zapewnienie komfortu psychicznego, np. przez właściwe informowanie, ułatwienie kontaktu z bliskimi;
- c. dobór właściwej pozycji w łóżku, podpieranie bolesnych miejsc
- d. stosowanie różnorodnych udogodnień, np. klinów, wałków, podpórek, materacy przeciwodleżynowych;
- e. wykonywanie czynności pielęgnacyjnych sprawnie, po podaniu leków przeciwbólowych, np. przez dwie pielęgniarki;
- f. właściwe i systematyczne pielęgnowanie jamy ustnej - podawanie kawałków lodu do ssania, płukanie ciepłym płynem gardła, smarowanie pękających warg, dziąseł;
- g. stosowanie zimnych okładów, np. przy bólu głowy lub ciepłych kąpieli pomagających odprężyć się i złagodzić napięcie;
- h. wypełnienie czasu wolnego, umożliwienie twórczej aktywności, np. stosowanie terapii zajęciowej, słuchanie radia;
- i. zapewnienie dobrego wypoczynku w ciszy i spokoju.

W pracy pielęgniarki z pacjentem cierpiącym ból oprócz podstaw wiedzy o uwarunkowaniach bólu i metodach jego oceny a także sposobów pomocy pacjentowi, ważna jest umiejętność systematycznego monitorowania zmian bólu u pacjenta oraz weryfikowanie sposobów postępowania u danego pacjenta przynoszących ulgę w bólu.

Przykład dla zobrazowania powyższej sugestii może stanowić Karta obserwacji bólu wg London Hospital [7].

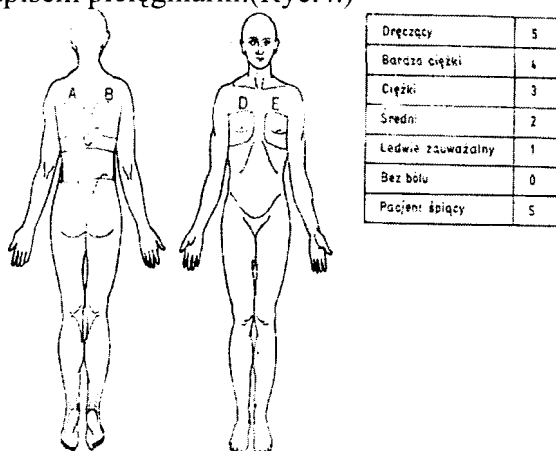
Karta obserwacji bólu wg przykładu London Hospital [7] ma na celu:

- ułatwienie przekazywania informacji uzyskiwanych od chorego, przez systematyczne obserwacje,
- zbieranie potrzebnych informacji zawartej na karcie zleceń leków oraz w raporcie pielęgniarskim,
- zwrócenie uwagi na mechanizmy powstawania różnych bólów
- oraz dostarczenie danych odnośnie sposobów przynoszenia ulgi.

Na karcie tej odnotowuje się miejsca i natężenia bólu, według odpowiedzi uzyskiwanych przez pytającą pielęgniarkę w regularnych odstępach czasu. Jeśli chory otrzymuje regularnie leki przeciwbólowe, należy notować reakcje przy każdym podaniu leku oraz w połowie okresu jego działania. Jeżeli choremu podaje się leki tylko w przypadku wystąpienia bólu, obserwacji dokonuje się, co 2 godziny. W przypadku, gdy obserwacje są niezmiennie, chory zaś nie cierpi, wówczas należy notować reakcję w dowolnie określonych odstępach czasu.

Przed wypełnieniem tej karty należy poprosić chorego o zaznaczenie miejsc bólu na schemacie, zaznaczając każde miejsce bólu literami A, B, C itd. (Ryc.3.) Notowane są leki przeciwbólowe podawane od daty ostatniej obserwacji (nazwa, dawka, droga podania, czas).

Notowane są także inne działania podjęte w celu złagodzenia bólu (zmiana pozycji ciała, masaż, ciepło, zimno itp.). Na koniec notowane są uwagi chorego i pielęgniarki odnośnie do bólu, a naniesione dane są autoryzowane podpisem pielęgniarki. (Ryc.4.)



Ryc. 3. Dokumentacja oceny bólu (schemat ciała i skala nasilenia bólu)

Źródło: Collins S, Parker E: *Propedeutyka pielęgniarstwa*. PZWL. Warszawa, 1989

CZAS	UMIĘSIOWIENIE BÓLU								Ogółem	Podany lek przeciwbólowy (nazwa, dawka, droga podania, czas)	SPOSOBY ZWALCZANIA BÓLU						inne uwagi (personele, jak i chorzy)	INICJAŁY
	A	B	C	D	E	F	G	H			Podnoszenie	Obracanie	Masaż	Zajęcie odwracające uwagę	Zmiany pozycji	Dodatkowe pom.		
14 <sup>30</sup>	1	1	0	0	0					—			✓	✓			Przystosowany do leczenia	
15 <sup>30</sup>	1	1	3	1	1					—							DF 118 podany o 17 <sup>00</sup> , ale z nikłym skutkiem	
18 <sup>00</sup>	1	1	2	0	0					—							Ułga po upływie 20 min	
20 <sup>00</sup>	2	2	3	1	1					Pethidine (inj.)				✓			Ból niewielki, ale się nasila	
15.4.82 04 <sup>30</sup>	0	0	2	0	0					Pethidine (inj.)							Przewieziony do Zakładu Radiologii	
11 <sup>30</sup>	1	1	2	1	1					—							Ból nasilał się przy przejściu ze stołu rentgenowskiego na fotel	
13 <sup>00</sup>	2	2	3	1	1					Paracetamol (doustnie)				✓			Paracetamol przynosi ulgę, ale niewielką	
13 <sup>30</sup>	1	1	2	1	1					—								
14 <sup>00</sup>	1	1	2	1	1					Oxycodone (dobczyt.)							Ból ustąpił prawie zupełnie	
15 <sup>00</sup>	0	0	1	0	0					—				✓			Ból się własnie pojawił, ale się nasila	
22 <sup>00</sup>	1	1	2	1	1					Paracetamol i Oxycodone (dobczyt.)							Może wygodnie sprić	
23 <sup>00</sup>	0	0	0	0	0					—								
16.4.82 15 <sup>00</sup>	2	2	3	1	1					Oxycodone (dobczyt.)				✓			Ból się nasila	
16 <sup>00</sup>	0	0	0	0	0					—							Ból prawie całkowicie ustąpił	
11 <sup>30</sup>	1	1	2	1	1					Oxycodone (dobczyt.)			✓				Paranek przeszedł wyjątkowo dobrze, prawie bez żadnego bólu	
7 <sup>00</sup>	1	1	3	1	1					Oxycodone (dobczyt.)							Chory udał się na weekend. Po podróży potrzebował leków przeciwbólowych	
8 <sup>00</sup>	1	1	3	1	1					—							Leki przeciwbólowe zadziałały po upływie 0,5-1 h	
17.4.82 4 <sup>30</sup>	2	2	3	2	1					Oxycodone (dobczyt.)				✓			Zmiana pozycji ciała. Ta- godzi ból dla tylko chwilowo	
5 <sup>15</sup>	1	1	1	1	1					—							Leki przeciwbólowe działają przez 45 min, ale nieco bólu	
6 <sup>00</sup>	1	1	1	1	1					Paracetamol (doustnie)							Nieznaczne złagodzenie bólu w umiędziewieniach A + B	
6 <sup>30</sup>	0	0	1	1	1					—								
14 <sup>30</sup>	2	2	3	2	2					Oxycodone (dobczyt.)				✓			Zmiany pozycji ciała przynosi ulgę, ale niewielką	

Ryc. 4. Dokumentacja pielęgniarskiego postępowania p/bólowego

Źródło: Collins S, Parker E: Propedeutyka pielęgniarstwa. PZWL. Warszawa, 1989



## Podsumowanie

Przedstawiona charakterystyka i uwarunkowania bólu jako zjawiska wszechobecnego w praktyce pielęgniarstwa pozwala zwrócić uwagę na fakt, że optymalne postępowanie z bólem u pacjenta rozpoczyna się od jego dokładnej i wnikliwej oceny. Wynik pomiaru bólu powinien stanowić nieodłączny element dokumentacji pielęgniarstwa. Zważywszy na to, iż odczuwanie bólu ma charakter indywidualny i przy tych samych jednostkach chorobowych pacjenci mogą różnie relacjonować fakt oraz różnie reagować na metody leczenia bólu, stąd rzetelna dokumentacja stanu pacjenta i jego reaktywności na zastosowane metody, stają się jedyną racjonalną drogą postępowania wobec pacjenta z bólem.

Ból ma tyle negatywnych skutków, że warto jest podjąć każdy wysiłek, aby go zredukować. Doświadczenie zawodowe pozwala pielęgniarce dostrzec, zwłaszcza u pacjentów ze starszego pokolenia, którzy uważają, że ból w integralny sposób należy do każdej choroby i trzeba go heroicznie znosić, jakkolwiek istnieją sygnały niewerbalne lub inne nie będące bezpośrednią komunikacją, np.: grymasy twarzy, jęki i westchnienia, odpoczynek w czasie przemieszczania się lub wykonywania prostych czynności, dotykane bądź rozcieranie chorego miejsca, ogólne spowolnienie motoryki, wyraźnie większa drażliwość, itp.

Każdego pacjenta należy zmotywować, do zaakceptowania bólu i podjęcia wszelkich działań by go zwalczyć i nie pozwolić mu przejąć kontroli nad życiem. Skuteczna terapia przeciwbólowa często pozwala powrócić do normalnego życia, w skrajnych przypadkach pozwala pacjentom godnie i spokojnie opuścić świat.

## Piśmiennictwo:

1. Saint-Maurice C., Muller A., Meynadier J.: *Ból - diagnostyka, leczenie i profilaktyka*. Wyd. Gebethner i Ska, Warszawa 1998.
2. Dobrogowski J.(red.): *Ból i jego leczenie*. Warszawa, Springer PWN, 1996.
3. Dobrogowski J., Wordliczek J.(red.): *Medycyna bólu*, PZWL, Warszawa 2004.
4. Jarosz J., Hilgier M.: *Zasady i diagnostyka leczenia bólu*. (red. Walden-Galuszko de K.), *Podstawy opieki paliatywnej*, PZWL, Warszawa 2007.
5. Ciałkowska-Rysz A., Leppert W.: *Onkologia* (red. Kordek R., Jassema J., Krzakowski M., Jezierski A.), Via Medica, Gdańsk 2006.
6. Burczok B.: *Ból przewlekły w chorobie nowotworowej*, „Pielęgniarka i Położna”, 1988, nr 7, s. 3.
7. Collins S., Parker E. *Propedeutyka pielęgniarstwa*, PZWL, Warszawa 1989.