

DIAGNOZOWANIE DLA POTRZEB OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ STANU BÓLU OSTREGO PRZY UŻYCIU SYSTEMU KLASYFIKACJI DIAGNOZ *NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA)* W GRUPIE PACJENTÓW PO ZABIEGU WSZCZEPIENIA ENDOPROTEZY STAWU BIODROWEGO



Diagnosing for the nursing care needs of acute pain using a NANDA system of diagnosis classification (North American Nursing Diagnosis Association) in patients after hip replacement

Barbara Janina Ślusarska¹, Barbara Fijałkowska², Danuta Zarzycka³, Bożena Zboina²

¹Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

³Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2014; 4: 163–169

Praca wpłynęła: 1.08.2014; przyjęto do druku: 19.08.2014

Adres do korespondencji:

dr hab. n. o. zdr. **Barbara Janina Ślusarska**, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, e-mail: basiaslusarska@gmail.com

Streszczenie

Cel pracy: Weryfikacja empiryczna diagnozy pielęgniarskiej ostrego bólu przy wykorzystaniu systemu klasyfikacji diagnoz NANDA w grupie pacjentów po zabiegu chirurgicznym wszczępienia endoprotezy stawu biodrowego.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej z Pododdziałem Endoprotezoplastyki PZOZ w Starachowicach od 20 kwietnia do 14 czerwca 2013 r. Badaniem objęto grupę 50 pacjentów (32 kobiety oraz 18 mężczyzn) po zabiegu wszczępienia endoprotezy stawu biodrowego.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, analizę dokumentacji medycznej oraz metodę list kontrolnych.

Wyniki: W ocenie bólu za pomocą skali NRS (*Numerical Rating Scale*) stwierdzono w pierwszej dobie ból poważny u 4% oraz znaczny u 20% pacjentów, natomiast w drugiej dobie odpowiednio u 0% i 10%. Wśród analizowanych wskaźników towarzyszących bólowi najczęściej odnotowywano występowanie takich cech, jak: zmieniony wyraz twarzy, wzmożone napięcie mięśniowe, trudności w codziennych czynnościach samoobsługowych, niezdolność głębokiego oddychania oraz zaburzenia snu. Średnia wartość wskaźnika masy ciała (*body mass index* – BMI) w grupie pacjentów wynosiła 28,63 ± 3,03 kg/m².

Wnioski: Ból ostry jest problemem swoistym w grupie pacjentów po zabiegu wszczępienia endoprotezy stawu biodrowego, w przeważającej części przypadków ma on nasilenie łagod-

Summary

Objectives: Empirical verification of the nursing diagnosis of acute pain using the NANDA diagnosis classification system in patients after the hip replacement surgery.

Material and methods: The study was conducted at the Department of Trauma and Orthopedic Surgery with the Arthroplasty Unit at the Health Care Centre in Starachowice from 20 April to 14 June 2013. The study was performed on 50 patients (32 women and 18 men) after the hip replacement surgery.

The study used the diagnostic survey, analysis of medical records and the method of check-lists.

Results: In the assessment of pain using the Numerical Rating Scale (NRS) on the first day after surgery, severe pain was found in 4% of patients, and serious in 20%, while on the second day, it was 0% and 10%, respectively. Among the analyzed indexes accompanying pain, the most common occurrence of the following features was noted: altered facial expression, increased muscle tone, difficulty in daily self-care activities, inability of deep breathing and serious sleep disorders. The mean body mass index (BMI) in the group of patients was 28.63 ± 3.03 kg/m².

Conclusions: Acute pain is a specific problem in the group of patients after hip replacement surgery and it is mostly mild and moderate. Pain intensity in the group has a tendency to change from moderate (22%) and mild pain (74%) on the first day after surgery to mostly mild pain (78%) on the second day after surgery. A statistically significant correlation be-

ne i umiarkowane. Zmienność nasilenia dolegliwości bólowych cechuje tendencja do przechodzenia od bólu umiarkowanego (22%) i łagodnego (74%) w pierwszej dobie do przewagi bólu łagodnego (78%) w drugiej dobie po zabiegu. Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy wartością wskaźnika BMI a nasileniem bólu ostrego w badanej grupie.

Słowa kluczowe: ból ostry, endoproteza stawu biodrowego, diagnozowanie stanu, klasyfikacja diagnoz NANDA.

Wstęp

Ból pooperacyjny towarzyszy każdemu pacjentowi, u którego przeprowadzany jest zabieg chirurgiczny. Zalicza się go do bólu ostrego, ponieważ jego źródłem są uszkodzone tkanki powierzchniowe oraz struktury położone głębiej. Ból ostry to nieprzyjemne uczucie lub emocjonalne doświadczenie, które powstało w wyniku rzeczywistego lub potencjalnego uszkodzenia tkanek albo jest opisywane w taki sposób, ma różne nasilenie i trwa krócej niż 6 miesięcy [1]. Ból jest uczuciem subiektywnym. Bólem jest wszystko, co doświadczająca go osoba nazwie w ten sposób, istnieje zawsze, kiedy pacjent twierdzi, że jest obecny [2].

Ocena bólu pooperacyjnego

Trafna ocena bólu pooperacyjnego u chorych jest niezbędnym warunkiem ustalenia właściwego postępowania przeciwbólowego. Ocena bólu powinna obejmować oszacowanie natężenia bólu oraz określenie rodzaju bólu z uwzględnieniem wzorca czasowego: stały czy przemijający. Niezbędne jest także określenie czynników wpływających na percepcję natężenia bólu fizycznego oraz ocena problemów psychicznych, socjalnych i duchowych chorego związanych z bólem. Niewłaściwa ocena bólu prowadzi do stosowania nieskutecznego leczenia przeciwbólowego oraz znacznego pogorszenia jakości życia chorych. Samoocena pacjenta odnośnie do natężenia bólu jest traktowana jako najbardziej wiarygodny wskaźnik trafnej oceny bólu [3]. *American Pain Society* podkreśla, że profesjonaliści sprawujący opiekę nad pacjentem z objawami bólu powinni rozważyć ból jako piąty znak funkcji życiowych [4, 5]. Dlatego ból u pacjenta należy oceniać przynajmniej tak często, jak dokonuje się pomiaru i oceny parametrów życiowych. Dokładność w ocenie bólu jest główną cechą pomiaru i adekwatności jego leczenia. Oznacza to, że osoby sprawujące opiekę powinny zidentyfikować ból pooperacyjny u każdego pacjenta i ocenić jego intensywność za pomocą standaryzowanych skal [2]. Wyniki pomiaru bólu powinny być udokumentowane w formie pisemnej, dzięki czemu stają się wartością diagnostyczną łatwo dostępną dla wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Zastosowanie standardowych skal do oceny bólu ma kilka zalet. Po pierwsze, są one wiarygodne

between BMI and severity of acute pain in the study group was observed.

Key words: diagnosis, acute pain, hip endoprosthesis, NANDA diagnosis classification.

i obiektywne [6]. Po drugie, czas ich wdrożenia w strukturze organizacji opieki jest krótki [7]. Po trzecie, ich wyniki mogą być wykorzystane do oceny skuteczności interwencji przeciwbólowych i są porównywalne z innymi ocenami bólu uzyskanymi w badanych grupach [8, 9]. Jednymi z najczęściej stosowanych standaryzowanych narzędzi są skala numeryczna (*Numerical Rating Scale* – NRS) oraz skala wzrokowo-analogowa (*Visual Analogue Scale* – VAS) [10–12]. W wypadku skali NRS pacjent jest proszony o ocenę nasilenia bólu w skali od 0 (brak bólu) do 10 (najgorszy możliwy ból/ból nie do zniesienia/ból wszechogarniający). Skala VAS to linia pozioma o długości 100 mm z opisami słownymi lub graficznymi na każdym końcu. Pacjent zaznacza na linii punkt, który reprezentuje poziom bólu jako miarę jego natężenia.

Działanie uboczne synergistyczne bólu

Efektywna ocena bólu pooperacyjnego jest istotnym elementem w zapewnianiu jakości opieki [13]. Nieprawidłowo kontrolowany ból pooperacyjny, jego wymiar fizjologiczny i psychoduchowy, niesie za sobą wiele szkodliwych skutków dla pacjentów. Są to m.in.: zaburzenia gojenia rany, przyspieszenie przemiany materii i zwiększenie rzutu serca, upośledzona odpowiedź na insulinę, zwiększone wytwarzanie kortyzolu i zwiększenie zatrzymywania płynów, a także ryzyko rozwoju przewlekłego bólu [14, 15]. Dodatkowo nieprzemijający ból może się stać przyczyną zbędnego cierpienia, lęku, strachu, złości i depresji u pacjentów [16, 17].

Wykorzystanie klasyfikacji diagnoz NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) w ocenie stanu bólu pooperacyjnego

Wykorzystanie klasyfikacji diagnoz NANDA w ocenie bólu pooperacyjnego w praktyce pielęgniarskiej daje szansę na szybką i pełną ocenę bólu, sformułowanie diagnozy pielęgniarskiej oraz stwarza płaszczyznę wielowymiarowego podejścia do zagadnienia bólu pooperacyjnego poprzez rozszerzenie zakresu jego wskaźników diagnostycznych, używanych w kontroli i ocenie wyników leczenia i opieki.

Standaryzowane subiektywne skale stosowane do oceny bólu wystarczają do określenia jego natężenia. Są to najczęściej skale jednowymiarowe. W swej istocie ból ma złożony charakter i obejmuje wiele aspektów funkcjonowania pacjenta. Stąd celowe wydaje się także ujmowanie obiektywnych wskaźników, będących dostrzegalnymi odpowiedziami pacjenta na doświadczany ból. Wskaźniki te mogą być pomocne w ocenie stanu pacjenta. Obserwowalnymi reakcjami mogą być utrata apetytu, niezdolność do głębokiego oddychania, trudności w wykonywaniu czynności samoobsługowych. Ponadto pacjent może demonstrować zachowania obronne, skupiać na sobie uwagę, mieć labilne emocje (od płaczu po śmiech) oraz wzmożone napięcie mięśni. Ostry ból może być związany z odpowiedzią neurohumoralną organizmu, która może prowadzić do wzrostu częstości tętna, wartości ciśnienia krwi i częstości oddechów. Jednak obecność lub nie wskaźników behawioralnych lub fizjologicznych nie wyklucza braku bólu [18].

Cel pracy

Weryfikacja empiryczna diagnozy pielęgniarstwa ostrego bólu z zastosowaniem systemu klasyfikacji diagnoz NANDA w grupie pacjentów po zabiegu chirurgicznym wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego.

Materiał i metody

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz metodę list kontrolnych. Badanie przeprowadzono w grupie 50 pacjentów (32 kobiety oraz 18 mężczyzn) po zabiegu endoprotezy stawu biodrowego hospitalizowanych na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej z Pododdziałem Endoprotezo-plastyki Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Starachowicach w okresie od 20 kwietnia do 14 czerwca 2013 r.

Wykorzystano następujące techniki badawcze: wywiad, obserwacja, pomiar, analiza dokumentacji. Wśród zastosowanych narzędzi badawczych znalazły się: skala numeryczna oceny bólu (NRS); *check*-lista do rejestracji wskaźników subiektywnych i obiektywnych stanu pacjenta.

Skala bólu NRS dla celów badania została w punktach opisana słownie ze względu na poziom natężenia bólu:

- poważny (wszechogarniający/nie do zniesienia) ból – NRS 9, 10,
- znaczny – NRS 6, 7, 8,
- umiarkowany – NRS 4, 5,
- łagodny – NRS 1, 2, 3,
- brak bólu – NRS 0.

Metoda list kontrolnych (*Checklist Analysis*) polega na użyciu przez badającego odpowiednio przygotowanego jednego lub kilku kwestionariuszy, za pomocą których jest w stanie odpowiedzieć na pytania identyfikujące określone procesy, zjawiska oraz wynikające z nich zagrożające sytuacje. Informacje zawarte w *check*-liście dla oceny bólu ostrego zostały opracowane na podstawie wskaźników diagnostycznych rekomendowanych przez klasyfikację NANDA dla diagnozy pielęgniarstwa bólu ostrego [18, s. 162–168]. Dane pozwalające na pełną ocenę stanu pacjenta w zakresie charakterystyki bólowej pochodziły z obserwacji, wywiadu, pomiarów i analizy dostępnej dokumentacji medycznej (karta dokumentacji postępowania przeciwbólowego, karta gorączkowa, karta kontroli tętna i ciśnienia, karta obserwacji ran).

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej, dyrekcji szpitala i oddziału. Udział pacjentów w badaniu był dobrowolny, poprzedzony wyjaśnieniem celu badania i zasad zbierania danych.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z zastosowaniem programu STATISTICA v. 10.0 TRIAL. Statystyczną zależność pomiędzy dwoma wybranymi cechami jakościowymi weryfikowano testem niezależności χ^2 . Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Charakterystyka grupy badanej

W badaniu wzięło udział 50 pacjentów (w tym 32 kobiety i 18 mężczyzn). Średnia wieku badanych to $63,88 \pm 5,46$ roku.

Dominującą grupę, bo aż 62%, stanowili pacjenci w wieku 60–69 lat. Druga grupa badanych (24%) mieściła się w przedziale wiekowym 50.–59. roku życia, pozostałe 14% to osoby w wieku 70–79 lat. Najliczniejszą grupę badanych (52%) stanowiły osoby z nadwagą, a 22% pacjentów kwalifikowano jako otyłych. U ponad połowy (56%) zabieg był wykonany w znieczuleniu regionalnym, 42% badanych zostało poddanych znieczuleniu mieszanemu (ogólne i regionalne), a pozostałe 2% znieczuleniu ogólnemu.

Szczegółowe dane dotyczące wybranych cech demograficznych i medycznych badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

Wyniki badań

Wyniki oceny bólu ostrego według wskaźników klasyfikacji NANDA

Ocena bólu pooperacyjnego w grupie pacjentów po zabiegu chirurgicznym wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego została przeprowadzona w pierwszej i drugiej dobie pooperacyjnej. Dla celów badania monitorowano dolegliwości i dokonywano ich oceny o godzinie 8.00 oraz 12.00.

W tabeli 2. przedstawiono wyniki subiektywnej oceny pacjentów natężenia bólu przy użyciu skali NRS w pierwszych dwóch dobach po operacji.

W pierwszej dobie po zabiegu o godzinie 8.00 4% badanych zgłaszało poważny ból, 20% znaczny ból, 24% badanych oceniało ból jako umiarkowany. Większość (52%) pacjentów prezentowała łagodny ból. Nie było wśród badanych osób bez dolegliwości bólowych. Około 12.00 już tylko 2% badanych oceniło ból jako znaczny, 22% wskazywało na umiarkowany poziom bólu. Największa grupa pacjentów (74%) zgłosiła występowanie bólu łagodnego, a 2% opisało swój stan jako brak bólu.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy (N = 50)

Lp.	Zmienna	n	%
1.	płeć badanych	kobieta	32 64
		mężczyzna	18 36
2.	wykształcenie	wyższe	9 18
		średnie	11 22
		zawodowe	24 48
		podstawowe	6 12
3.	BMI	18,5–24,9 kg/m ²	13 26
		25–29,9 kg/m ²	26 52
		≥ 30 kg/m ²	11 22
4.	miejsce zamieszkania	wieś	21 42
		miasto	29 58
5.	choroby współistniejące	nadciśnienie tętnicze	27 47
		cukrzyca	7 12
		inne	24 41
6.	rodzaj znieczulenia	ogólne	1 2
		regionalne	28 56
		mieszane	21 42
7.	czy ktoś z rodziny chorował na zwyrodnienie stawu biodrowego?	tak	15 30
		nie	11 22
		nie wiem	24 48
9.	rodzaj wykonywanej pracy zawodowej	praca umysłowa	18 36
		praca fizyczna	32 64

BMI (body mass index) – wskaźnik masy ciała

W drugiej dobie o godzinie 8.00 najwięcej badanych (50%) zgłosiło występowanie bólu umiarkowanego, 40% oceniło ból jako łagodny. Znaczny ból wystąpił u ok. 10% badanych. O 12.00 przeważająca grupa badanych (78%) wskazała występowanie bólu łagodnego, co pomogło pacjentom w aktywnym usprawnianiu rehabilitacyjnym. Umiarkowany poziom bólu prezentowało 18% badanych.

Na uzyskane wyniki istotny wpływ miała skuteczna farmakoterapia przeciwbólowa. U każdego pacjenta prowadzona była *Karta leczenia bólu*. Współpraca pacjenta z zespołem terapeutycznym istotnie wpłynęła na osiągnięcie akceptowalnego poziomu natężenia bólu.

W badanej grupie dokonano także oceny wskaźników związanych z bólem ostrym z zastosowaniem przygotowanych *check-list* diagnozy bólu ostrego wg klasyfikacji NANDA. Uzyskane wyniki zaprezentowano w tabeli 3.

Zdecydowana większość analizowanych wskaźników wykazuje tendencję malejącą wraz z upływem czasu od interwencji chirurgicznej. Dotyczy to np. wyrazu twarzy, wzmożonego napięcia mięśniowego, zaburzeń snu, niezdolności głębokiego oddechu oraz odczuwanie przez pacjenta objawów ubocznych związanych ze stosowaną farmakoterapią, głównie z rodzajem znieczulenia (jak nudności lub wymioty). Liczba pacjentów, którzy prezentują te wskaźniki, jest wyraźnie mniejsza w drugiej dobie w porównaniu z pierwszą dołą obserwacji.

Trudności związane z czynnościami dnia codziennego są na takim samym poziomie u badanych pacjentów zarówno w pierwszej, jak i drugiej dobie obserwacji.

Uzyskane wyniki pokazują także, że część wskaźników wykazuje tendencję wzrostową. Dotyczy to zmniejszenia nasilenia dolegliwości po zastosowanej farmakoterapii. Pomimo skutecznego leczenia przeciwbólowego nadal istnieje konieczność podawania środków minimalizujących ból zgodnie z *Kartą leczenia bólu*. Większość badanych otrzymywała leki drogą dożylną (41 osób w pierwszej dobie, 40 osób w kolejnej dobie), głównie ze względu na ich szybki czas działania, co niewątpliwie jest korzystne z uwagi na konieczną rehabilitację ruchową.

Wartości pomiarów parametrów życiowych, takich jak ciśnienie tętnicze, tętno i temperatura ciała, w zna-

Tabela 2. Ocena natężenia bólu w grupie pacjentów po zabiegu chirurgicznym wszczępienia endoprotezy stawu biodrowego (N = 50)

Ocena bólu	Doba pierwsza godz. 8.00		Doba pierwsza godz. 12.00		Doba druga godz. 8.00		Doba druga godz. 12.00	
	n	%	n	%	n	%	n	%
poważny	2	4	0	0	0	0	0	0
znaczny	10	20	1	2	5	10	1	2
umiarkowany	12	24	11	22	25	50	9	18
łagodny	26	52	37	74	20	40	39	78
brak bólu	0	0	1	2	0	0	1	2

Tabela 3. Charakterystyka wskaźników stanu pacjenta związanych z bólem ostrym

Lp.	Ból ostry	Doba pierwsza godz. 8.00		Doba pierwsza godz. 12.00		Doba druga godz. 8.00		Doba druga godz. 12.00	
		tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie
		1. zmieniony wyraz twarzy, jęki, płacz	5	45	2	48	2	48	1
2. wzmożone napięcie mięśniowe	19	31	13	37	9	41	5	45	
3. zaburzenia snu związane z bólem	31	19	0	50	17	33	0	50	
4. trudności w codziennych czynnościach samoobsługowych	50	0	50	0	50	0	50	0	
5. niezdolność do głębokiego oddechu związana z bólem	5	45	1	49	2	48	0	50	
6. odczuwanie przez pacjenta innych dolegliwości związanych z farmakoterapią, np. nudności, wymioty	12	38	9	41	3	47	6	44	
7. zmniejszenie dolegliwości po zastosowanej farmakoterapii	40	10	43	7	43	7	44	6	
8. konieczność podania leku przeciwbólowego	43	7	37	13	41	9	33	17	
9. podanie leku drogą dożylną	41	9	34	16	40	10	31	19	
10. podanie leku drogą doustną	2	48	3	47	1	49	1	49	
11. parametry temperatury w normie	48	2	50	0	48	2	49	1	
12. parametry ciśnienia w normie	47	3	47	3	49	1	49	1	
13. parametry tętna w normie	49	1	48	2	50	0	50	0	
14. brak zmienionych cech skóry, ciepła, sucha skóra, prawidłowo zabarwiona, elastyczna	43	7	45	5	44	6	44	6	
15. inne metody postępowania przeciwbólowego (zimne okłady w okolicy rany pooperacyjnej)	50	0	50	0	50	0	50	0	

czącej większości nie odbiegały od przyjętych norm. Wszyscy pacjenci w pierwszych dobach pooperacyjnych stosowali ponadto zimne okłady w okolicy rany pooperacyjnej.

Nasilenie bólu ostrego a wybrane zmienne – analiza statystyczna różnic w grupie

W poszukiwaniu różnic w odczuwaniu bólu ostrego w grupie badanych testowano jego zmienność w odniesieniu do płci i wskaźnika BMI (tabela 4.). Stwierdzono istotny statystycznie związek pomiędzy BMI a bólem ostrym w badanej grupie ($p < 0,05$). Osoby z prawidłowym BMI (25–29,9 kg/m²) częściej doświadczają bólu łagodnego w pierwszych dobach po zabiegu chirurgicznym niż osoby szczupłe (BMI 18,5–24,9 kg/m²) i otyłe (BMI ≥ 30 kg/m²). Nie stwierdzono natomiast istotnych statystycznie różnic w percepcji bólu w zależności od płci badanych ($p > 0,05$).

Dyskusja

Ból wskazujący na stan pacjenta, będący podstawą ustalenia diagnozy pielęgniarskiej, jest jednym z najczęściej występujących czynników opieki pooperacyjnej w praktyce pielęgniarskiej. W analizach badawczych prowadzonych przez King i wsp. [19] dotyczących ja-

kości dokumentacji i planów pielęgnowania (przeanalizowano 198 planów opieki w trzech australijskich szpitalach) stwierdzono, że ból był najczęściej udokumentowany w diagnozach pielęgniarskich, przy czym większość innych diagnoz dotyczyła fizycznych problemów pacjenta. W badaniach obejmujących grupę 84 chorych leczonych na oddziale chirurgicznym, przedstawionych w opracowaniu pod kierunkiem Grochans i wsp. [20], stwierdzono, że ból stanowił integralny stan będący częścią okresu pooperacyjnego respondentów. Nie wykazano natomiast związku między metodą, trybem, rodzajem zabiegu i rodzajem znieczulenia a nasileniem bólu ($p > 0,05$). Wyniki badań publikowane przez Jaracz, Wdowczyk i Górną [21] dowodzą, że najsilniej-

Tabela 4. Natężenie bólu ostrego a zmienne BMI i płeć w badanej grupie

Zmienne	Ból ostry					p	χ^2
	P	Z	U	Ł	B		
BMI	18,5–24,9 kg/m ²	2	3	3	5	0	0,02*
	25–29,9 kg/m ²	0	3	4	19	0	
	≥ 30 kg/m ²	0	3	6	2	0	
płeć	kobieta	0	8	7	17	0	0,08
	mężczyzna	2	2	4	10	0	

P – poważny ból, Z – znaczny ból, U – umiarkowany ból, Ł – łagodny ból, B – brak bólu, p – poziom istotności; * $p < 0,05$, BMI (body mass index) – wskaźnik masy ciała

sze dolegliwości występują u pacjentów chirurgicznych w zerowej i pierwszej dobie po zabiegu. W samoocenie bólu pacjenci określali jego natężenie jako średnie lub silne, choć część z nich nie odczuwała w ogóle dolegliwości bólowych, co może być wynikiem skuteczności szeroko rozumianej terapii analgetycznej. W cytowanych badaniach autorzy posługują się standardowymi skalami do oceny natężenia bólu, co jest niewątpliwą zaletą ponieważ subiektywnej oceny, ale uznawanej przez *American Pain Society* za najbardziej miarodajną i obiektywną.

W przedmiotowych opracowaniach teoretycznych dotyczących roli pielęgniarki w leczeniu bólu po zabiegu chirurgicznym spotykamy zalecenia ogólne obejmujące ocenę lokalizacji i natężenia bólu (zarówno w spoczynku, jak i w ruchu), jego charakter, czas trwania, czynniki nasilające i obniżające jego siłę oraz objawy towarzyszące [22]. W zaleceniach szczegółowych oceny pacjenta z bólem po zabiegu chirurgicznym są także następujące wskazania: 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 [22, s. 40]. 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 sptyczenie oddechu, przyspieszenie tętna, nadmierna potliwość, wzrost ciśnienia tętniczego to również oznaki dolegliwości bólowych [23, s. 132].

Twykross [24] podkreśla, że pielęgniarki mogą mieć wiedzę teoretyczną na temat oceny i leczenia bólu, ale nie musi to oznaczać, że z powodzeniem będą ją realizować w praktyce klinicznej. W opiece pooperacyjnej ilościowa ocena bólu przy użyciu skal pomiarowych jest coraz częstszą praktyką w warunkach polskiej opieki [20, 21, 25]. Jak wskazują badania autorów anglojęzycznych, Ene i wsp. [26], istnieje potrzeba bardziej dokładnej i precyzyjnej oceny bólu, stwierdzono bowiem różnice w ocenie bólu i nadanej punktacji w skali między pacjentami (oceny niższe) a danymi raportowanymi (oceny wyższe) przez pielęgniarki oceniające ból u swoich podopiecznych. Stwierdzono także niechęć do korzystania przez pielęgniarki z narzędzi oceny bólu, co stwarzało okoliczności zagrażające rozwojowi wysokiej jakości leczenia bólu pooperacyjnego.

Dokonana w pracy weryfikacja empiryczna diagnozy pielęgniarstwa bólu ostrego wg wskaźników diagnostycznych klasyfikacji NANDA stanowi propozy-

cję rozszerzoną w ocenie bólu pooperacyjnego. Ocena ilościowa bólu została dokonana z użyciem skali NRS ze względu na jej zrozumiałość dla pacjentów i łatwość stosowania, a obecnie jest polecana w praktyce klinicznej do oceny zarówno bólu ostrego, jak i przewlekłego. W podejściu wielowymiarowym oferta *check-listy* opartej na kryteriach diagnostycznych klasyfikacji NANDA uwzględniającej pozostałe wymiary odczuć bólowych u pacjentów w opiece pooperacyjnej jest wyjściem na przeciw praktyce, która często w sposób ubogi korzysta z wiedzy teoretycznej w powyższym zakresie. Poprawa jakości pooperacyjnego leczenia bólu jest zagadnieniem wieloaspektowym i nie zapewni jej zwykłe monitorowanie działań pielęgniarstwa. Istnieje potrzeba poprawy współpracy między pielęgniarką, pacjentem i lekarzem, polegającej na realizacji wspólnych celów oraz korzystaniu z odpowiedniej wiedzy, aby zapewnić pacjentom optymalną opiekę [27].

Wnioski

Zgromadzone wyniki badań i ich analiza pozwalają stwierdzić, że:

1. Ból ostry, określony w systemie klasyfikacji diagnoz NANDA, jest diagnozą swoistą w grupie pacjentów w pierwszych dwóch dobach po operacji stawu biodrowego i cechuje go w przeważającej części natężenie łagodne i umiarkowane.
2. Zmienność nasilenia dolegliwości bólowych w grupie charakteryzuje tendencja przechodzenia od bólu umiarkowanego (22%) i łagodnego (74%) w pierwszej dobie do przewagi bólu łagodnego (78%) w drugiej dobie po zabiegu.
3. Typowymi wskaźnikami związanymi z bólem ostrym w badanej grupie są: zmieniony wyraz twarzy, wzmożone napięcie mięśniowe, zaburzenia związane ze snem oraz niezdolność głębokiego oddechu. Obserwuje się wyraźne zmniejszenie częstości ich występowania w drugiej dobie badania w porównaniu z dniem pierwszym. Tendencja malejąca dotyczy również występowania dolegliwości związanych ze stosowaną farmakoterapią.
4. Stwierdzono istotny statystycznie związek pomiędzy wartością wskaźnika BMI a nasileniem bólu ostrego w badanej grupie.

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. International Association for the Study of Pain. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Pain 1979; 6: 249-252.
2. The American Pain Society (APS). Principles of analgesic use in acute and chronic pain. 6th ed. The Society, Glenview, IL, 2008.
3. Foley KM. Pain assessment and cancer pain syndromes. In: Doyle D, Hanks GW, MacDonald N (eds.). Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, Oxford 1998; 310-331.

4. Campbell J. Pain: the fifth vital sign. Presidential Address. American Pain Society, Los Angeles 1995.
5. Merboth M, Barnason S. Managing pain: The fifth vital sign. *Nurs Clin North Am* 2000; 35: 375-387.
6. Ware L, Epps C, Herr K, Pachard A. Evaluation of the Revised Faces Pain Scale, Verbal Descriptor Scale, Numeric Rating Scale, and Iowa Pain Thermometer in Older Minority Adults. *Pain Manag J* 2006; 4: 117-125.
7. Coll AM, Ameen JR, Mead D. Postoperative pain assessment tools in day surgery: Literature review. *J Adv Nurs* 2004; 46: 124-133.
8. Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y. Nurses' assessment of pain in surgical patients. *J Adv Nurs* 2005; 52: 125-132.
9. Sloman R, Wruble AW, Rosen G, Rom M. Determination of clinically meaningful level of pain reduction in patients experiencing acute postoperative pain. *Pain Manag Nurs* 2006; 7: 153-158.
10. Bonica JJ. The management of pain. 3rd ed. Lea & Febiger, Philadelphia 2000.
11. Dobrogowski J, Mayzner-Zawadzka E, Drobnik L i wsp. Uśmierzenie bólu pooperacyjnego – zalecenia 2008. *Ból* 2008; 9: 9-16, 19.
12. Korzeniowska K, Szatek E. *Ból. Farmacja Współczesna* 2010; 3: 9-14.
13. Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: Evidence from published data. *Br J Anaesth* 2002; 89: 409-423.
14. Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, et al. American Pain Society recommendation for improving the quality of acute and cancer pain management. American Pain Society Quality of Care Task Force. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1574-1580.
15. Polomano RC, Dunwoody CJ, Krenzischek DA, Rathmell JP. Perspective on pain management in the 21 century. *J Perianaesth Nurs* 2008; 23: S4-S14.
16. Ferrell B. Ethical perspectives on pain and suffering. *Pain Manag Nurs* 2005; 6: 83-90.
17. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postoperative pain: Risk factors and prevention. *Lancet* 2006; 367: 1618-1625.
18. Ackley BJ, Ladwig GB. *Podręcznik diagnoz pielęgniarstkich. Przewodnik planowania opieki pielęgniarstkiej opartej na dowodach naukowych.* Zarzycka D, Ślusarska B (red. wyd. pol.). GC Media House, Warszawa 2011.
19. King VM, Chard ME, Elliot T. Utilization of nursing diagnosis in three Australian hospitals. *Nurs Diagn* 1997; 8: 99-109.
20. Grochans E, Hyrcza V, Kuczyńska M i wsp. (2011). Subiektywna ocena bólu pooperacyjnego u pacjentów po wybranych zabiegach chirurgicznych. *Piel Chir Angiol* 2011; 2: 82-87.
21. 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. *Piel Pol* 2005; 1: 9-14.
22. Paszkiewicz-Mes E. Rola pielęgniarki w leczeniu bólu po zabiegu operacyjnym. *Pielęg XXI w.* 2011; 37: 37-41.
23. Juszcak K. Rola pielęgniarki w zwalczaniu bólu pooperacyjnego. *Piel Chir Angiol* 2009; 4: 131-134.
24. Twycross A. Educating nurses about pain management: the way forward. *J Clin Nurs* 2002; 11: 705-714.
25. Bączyk G, Ochmańska M, Stępień S. Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarstkiej w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. *Probl Pielęg* 2009; 17: 173-177.
26. Ene KW, Nordberg G, Bergh I. Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. *J Clin Nurs* 2008; 17: 2042-2050.
27. Carr DB, Reines HD, Schaffer J, et al. The impact of technology on the analgesic gap and quality of acute pain management. *Reg Anesth Pain Med* 2005; 30: 286-291.