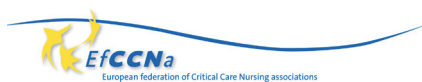


! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.



ZARZĄDZANIE BÓLEM W ODDZIAŁACH INTENSYWNEJ OPIEKI

REKOMENDACJE FEDERACJI EUROPEJSKICH STOWARZYSZEŃ
PIELĘGNIAREK INTENSYWNEJ OPIEKI (EUROPEAN FEDERATION
OF CRITICAL CARE NURSES ASSOCIATIONS, EfCCNa), 2017

OPRACOWANE PRZEZ GRUPĘ DS. EDUKACJI PRZY EFCCNa:

ANDREAS SCHÄFER (NIEMCY)

JELENA SLIEPCEVIC (CHORWACJA)

JULIE BENBENISHTY (IZRAEL)

VICTOR GOMEZ (HISZPANIA)

SILVIA SCELSI (WŁOCHY)

BILJANA SAVIC (SERBIA)

ALEKSANDRA GUTYSZ-WOJNICKA (POLSKA)

WSTĘP

Ból jest wielowymiarowym odczuciem [1], swoistym doznaniem doświadczanym subiektywnie przez człowieka, na które wpływają czynniki, takie jak: pochodzenie kulturowe, osobiste doświadczenia z przeszłości, przynależność etniczna, religia oraz sytuacja społeczna [2]. Ze względu na wszystkie wymienione czynniki oddziałujące na odczuwanie bólu, jego łagodzenie pozostaje wyzwaniem dla pielęgniarek oddziałów intensywnej opieki (OIT). Życie bez bólu jest podstawowym prawem człowieka [3].

Ból jest niezależnym czynnikiem prognostycznym delirium, może prowadzić do unieruchomienia i powikłań, takich jak zapalenie płuc [4, 5].

Istnieje wiele dowodów naukowych na to, jak troszczyć się o pacjentów cierpiących z powodu bólu. Trudność przeniesienia tej wiedzy na praktykę wynika ze złożoności europejskich systemów opieki zdrowotnej oraz różnorodności poziomu wykształcenia pielęgniarek i środowiska pracy w oddziałach intensywnej terapii (OIT) w Europie. Niemniej jednak w europejskich oddziałach intensywnej opieki standardowym postępowaniem powinno być takie zarządzanie bólem, aby unikanie i zmniejszanie bólu w celu poprawy samopoczucia, autonomii oraz powrotu do zdrowia było dostępne dla wszystkich pacjentów.

CEL

Wielu pacjentów przebywających na oddziałach intensywnej terapii cierpi z powodu bólu [6]. Chorzy hospitalizowani w OIT w Europie są grupą bardzo zróżnicowaną – mogą być osobami w pełni świadomymi, z zaburzeniami

świadomości (nieprzytomnymi), niepełnosprawnymi lub z demencją. Dodatkowo część pacjentów znajduje się w terminalnej fazie choroby i jest objętych opieką paliatywną. Ocena bólu jest oczywistym obowiązkiem pielęgniarskim [7]. Ze względu na to, że nie ma uniwersalnych oznak bólu, gromadzenie danych umożliwiających jego rozpoznanie i zastosowanie zindywidualizowanego systemu zarządzania bólem jest skomplikowanym wyzwaniem. Dostępnych jest wiele narzędzi do oceny bólu. Wszystkie muszą być starannie dobierane i dostosowane do wieku pacjentów, a także sytuacji zdrowotnej, w jakiej znajduje się dana osoba [8, 9]. W celu prawidłowego posługiwania się wybranymi narzędziami, użytkownicy powinni odbyć szkolenia z zakresu ich stosowania.

Celem niniejszych zaleceń jest udostępnienie pielęgniarkom i pielęgniarzom intensywnej opieki aktualnej wiedzy opartej na dowodach naukowych na temat możliwości oceny i leczenia bólu.

ZALECENIA

Każdy pacjent powinien być oceniany w kierunku bólu indywidualnie, z zachowaniem ciągłości w zależności od występowania bólu: raz na dyżur, przed i po bolesnych interwencjach; w regularnych odstępach czasu, jeśli wiadomo, że cierpi z powodu bólu i otrzymuje leki przeciwbólowe [10, 11].

Celem takiego działania jest utrzymanie intensywności doznań bólowych pacjenta w czasie spoczynku poniżej zalecanego poziomu odcięcia na skali i nie większego niż średni poziom w czasie jego uruchamiania (liczba punktów zależy od narzędzia wykorzystywanego przez personel OIT) [12].

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

Istnieją różnorodne narzędzia oceny bólu, które są porównywalne i wygodne w użyciu [8, 9, 13].

U pacjentów, którzy mogą się komunikować, możliwe jest zastosowanie skali wzrokowo-analogowej (VAS) lub numerycznej (NRS).

U pacjentów leczonych respiratorem, w sedacji lub z upośledzeniem funkcji poznawczych, najczęściej stosowanymi skalami do oceny bólu są: ZOPA, BPS, CPOT, FLACC [14, 15].

Nie zaleca się wykorzystywania parametrów życiowych, takich jak tętno i ciśnienie tętnicze krwi, do oceny bólu, ponieważ na wartość tych parametrów może mieć wpływ już samo leczenie stosowane w oddziale intensywnej terapii [16].

Jednakże wykorzystanie parametrów życiowych w połączeniu z innym narzędziem oceny bólu może być pomocne w interpretacji wyników oceny.

Ograniczeniem wykorzystania dostępnych narzędzi oceny bólu jest ich podatność na subiektywizm oceniającego, ich stosowanie jest ograniczone u pacjentów w sedacji; narzędzia takie nie mają zastosowania u pacjentów sparaliżowanych (niezależnie od przyczyny).

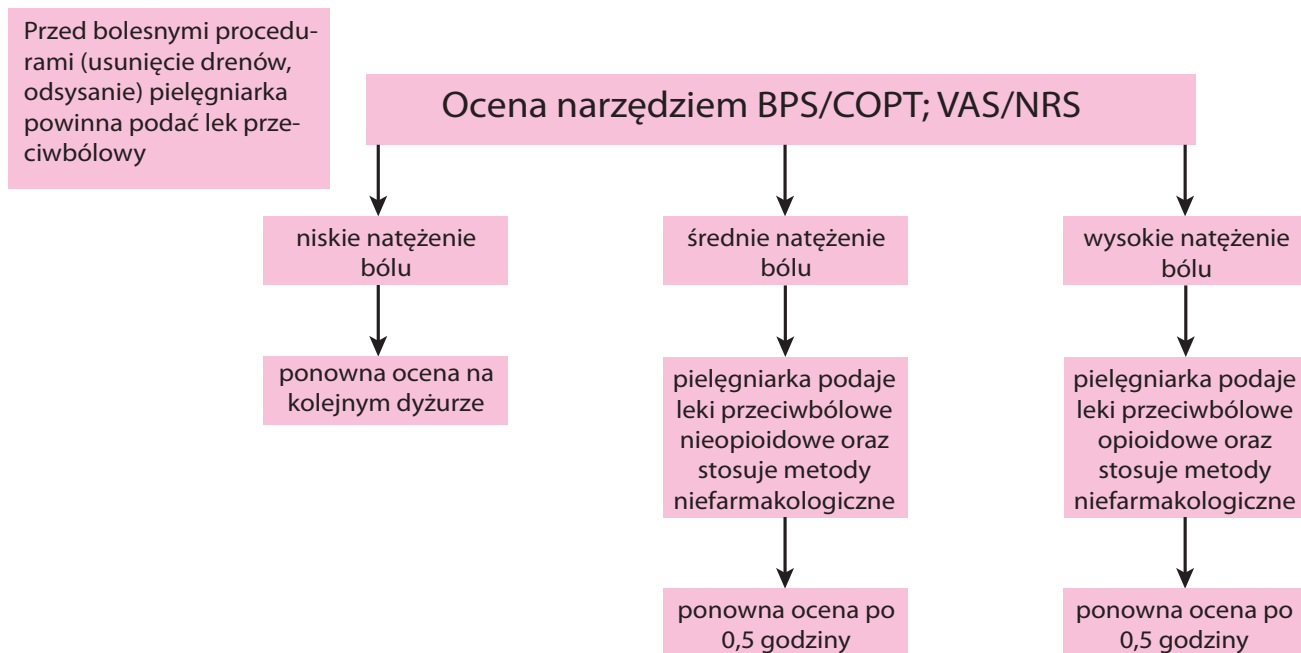
Każdorazowo zarządzanie bólem powinno być skoncentrowane na pacjencie.

Zarządzanie bólem powinno być zindywidualizowane, dostosowane do odczuć pacjenta i ukierunkowane na

poziom bólu odczuwane przez niego. W zależności od wyników oceny bólu pielęgniarki/pielęgniarze pracujący w OIT powinni uwzględniać w planie opieki nad chorym właściwe działania. Obowiązkiem personelu pielęgniarskiego OIT jest miareczkowanie dawki leku przeciwbólowego w zależności od potrzeb pacjenta.

Dodatkowo personel pielęgniarski może używać niefarmakologicznych sposobów łagodzenia bólu. Istnieją dowody naukowe, że interwencje – takie jak: aromaterapia, muzykoterapia, uruchamianie i ćwiczenia bierne, przeskórna stymulacja nerwów (TENS) czy masaże – mogą redukować poziom bólu, wpływają na dobre samopoczucie, zmniejszają poziom wsparcia farmakologicznego i poprawiają funkcjonalność pacjenta [17, 18]. Łatwość stosowania tych metod pozwala personelowi pielęgniarskiemu na niezależne od zlecenia lekarskiego zarządzanie bólem.

Pielęgniarki i pielęgniarze powinni być świadomi wpływu stresu związanego z chorobą na ekspresję bólu. Istnieje wiele narzędzi do oceny ostrej reakcji stresowej, które personel pielęgniarski może wykorzystać do rozróżnienia bólu od stresu. Narzędzie Acute Stress Reaction disorder (ASR) jest narzędziem służącym do oceny stresu. Jeśli pacjent prezentuje wysoki poziom stresu w skali ASR, można zastosować interwencje/leki łagodzące stres zamiast leków przeciwbólowych.



Ryc. 1. Schemat zarządzania bólem w oddziale intensywnej terapii.

Skróty:

BPS – Behavioral Pain Scale

CPOT – Critical Care Pain Observation Tool

VAS – Visual Analogous Scale

NRS – Numeric Rating Scale

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

Wszystkie pielęgniarki/pielęgniarze pracujący w OIT powinni być przeszkoleni w zakresie wykorzystania narzędzi do oceny i zarządzania bólem.

Sytuacją idealną byłoby, gdyby krajowy system opieki zdrowotnej zapewnił dostęp do odpowiednich programów edukacyjnych dla personelu pielęgniarskiego pracującego na OIT.

Konieczne jest jednak, aby edukacja i szkolenia w zakresie zarządzania bólem w oddziale intensywnej terapii były prowadzone przez instruktora klinicznego. Wskazane byłoby umożliwienie pielęgniarkom zdobywania kwalifikacji i uprawnień „pielęgniarek zarządzających bólem”. Ponadto problemy i strategie związane z zarządzaniem bólem powinny być weryfikowane przez interdyscyplinarny zespół ekspertów klinicznych podczas obchodów.

Deklaracja przejrzystości: niniejsze zalecenia są tłumaczeniem dokumentu „Pain management in intensive care EfCCNa recommendations 2017” European federation of Critical Care Nursing associations. Tłumaczenie oryginalnego dokumentu na j. polski: mgr Katarzyna Czyż-Szybenbejl.

PIŚMIENNICTWO

1. IASP-pain.org. Washington. International Association for Study of pain. 2012. Cited: October 7, 2016. Available from: <http://www.iasppain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=2052>. Accessed October 7, 2016.
2. Phyllis R. Coolen. Cultural Relevance in End-Of-Life Care, Ethnomed Washington 2012. Available from: <https://ethnomed.org/clinical/end-of-life/cultural-relevance-in-end-of-life-care>. Accessed January 10, 2016.
3. Declaration of Montréal. Declaration that Access to Pain Management is a Fundamental Human Right Washington. 2011. International Association for the Study of Pain IASP. Available at: <http://www.iasp-pain.org/Declarationof-Montreal?navItemNumber=582>. Accessed March 29, 2016.
4. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine* 2013 January 2013;41(1):263–306.
5. Meissner W, Coluzzi F, Fletcher D, Huygen F, Morlion B, Neugebauer E et al. Improving the management of post-operative acute pain: priorities for change. ISSN: 0300-7995 (Print) 1473-4877 Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1185/03007995.2015.1092122>. Accessed January 10, 2017.
6. Pandharipande P, McGrane S. Pain control in the critically ill adult patient. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/pain-control-in-the-critically-ill-adult-patient>. Accessed October 8, 2016.
7. Oregon State Board of Nursing: Interpretive Statement. The Nurse's Role in Pain Management Updated December 2015 Available from: https://www.oregon.gov/OSBN/pdfs/InterpretiveStatements/pain_management.pdf. Accessed October 8, 2016.
8. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*. Fourth Edition Oxford, Oxford University Press, 2008.
9. American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education, Joint Commission Standards for Educational and Psychological Testing. *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC, American Educational Research Association, 1999.
10. International Association for the Study of Pain. IASP taxonomy. Available at: <https://www.iasppain.org/Guidelines?navItemNumber=648>. Accessed October 2010.
11. Arroyo-Novoa CM, Figueroa-Ramos MI, Puntillo KA et al. Pain related to tracheal suctioning in awake acutely and critically ill adults: a descriptive study. *Intensive Crit Care Nurs* 2008;24(1):20–27.
12. German National Expert Standard on Pain management in Nursing Care DNQP: https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Schmerzmanagement_in_der_Pflege_bei_akuten_Schmerzen/Schmerz-akut_Akt_Auszug.pdf
13. Payen JF, Bosson JL, Chanques G, Mantz J, Labarere J; DOLOREA Investigators. Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: a post Hoc analysis of the DOLOREA study. *Anesthesiology* 2009;111(6):1308–1316.
14. Pudas-Tähkä SM, Axelin A, Aantaa R, Lund V, Salanterä S. Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review. *J Adv Nurs* 2009;65(5):946–956.
15. Chanques G, Viel E, Constantin JM et al. The measurement of pain in intensive care unit: comparison of 5 self-report intensity scales. *Pain* 2010;151(3):711–721.
16. Erstad BL, Puntillo K, Gilbert HC et al. Pain management principles in the critically ill. *Chest* 2009;135(4):1075–1086.
17. Ballard KS. Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. *Issues Ment Health Nurs* 1981;3(1–2):89–108.
18. Nadler SF. Nonpharmacologic management of pain. *J Am Osteopath Assoc* 2004;104(Suppl. 8):S6–S12.