

Zarys programu nauczania o bólu dla pielęgniarek i pielęgniarzy opracowany przez Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (IASP)

Członkowie grupy roboczej: Huda Abu-Saad Huijjer, Christine Miaskowski (Chair), Robyn Quinn, Alison Twycross

Każda pielęgniarka/pielęgniarz powinna/powinien być w stanie przeprowadzić ocenę bólu i włączyć leczenie. Celem niniejszego programu nauczania jest dostarczenie optymalnego zakresu wiedzy w zakresie bólu i sposobów jego leczenia dla pielęgniarek/pielęgniarzy rozpoczynających pracę zawodową na całym świecie.

Zarys programu

Wstęp

Zasady

Cele

Treść programu

I. Wielowymiarowa istota bólu

II. Ocena i pomiar bólu

III. Leczenie bólu

IV. Stany chorobowe

Literatura

Wstęp

Ból jest wielowymiarowym i złożonym zjawiskiem, które wymaga kompleksowej i ciągłej oceny oraz efektywnego leczenia. Wielowymiarowa istota bólu sprawia, że ocena, jak również leczenie bólu wymaga podejścia interdyscyplinarnego. Wszyscy pracownicy opieki zdrowotnej powinni stanowić wsparcie dla osób odczuwających ból poprzez zapewnienie leczenia bólu, które jest oparte na udokumentowanych standardach, zaleceniach i zasadach etycznych. Pielęgniarki/pielęgniarze odgrywają ważną rolę w zakresie efektywnego leczenia bólu, ponieważ mają częsty kontakt z pacjentem w różnych sytuacjach (np. w domu, szpitalu, przychodni, opiece środowiskowej). Z racji częstych kontaktów z pacjentem pielęgniarki/pielęgniarze mają szczególną możliwość:

1. Identyfikowania pacjentów odczuwających ból
2. Wykonywania kompleksowej oceny bólu uwzględniającej wpływ bólu na pacjenta i jego rodzinę
3. Wdrażania czynności służących niwelowaniu bólu oraz dokonywania oceny skuteczności tych czynności

Centralna rola pielęgniarki/pielęgniarza w ocenie i leczeniu bólu i wiążąca się z tym odpowiedzialność wymagają wiedzy dotyczącej mechanizmów bólu, jego epidemiologii, przeszkód w efektywnym leczeniu bólu, najczęstszych stanów chorobowych związanych z bólem, zmiennych wpływających na percepcję i reakcję pacjenta na ból, trafnych i rzetelnych metod oceny klinicznej bólu oraz licznych metod niwelowania bólu.

Zasady

Następujące zasady wyznaczają program nauczania o bólu dla pielęgniarek/pielęgniarzy rozpoczynających pracę zawodową:

1. Ból to zjawisko biopsychospołeczne uwzględniające komponenty czuciowe, emocjonalne, poznawcze, rozwojowe, behawioralne, duchowe i kulturowe.
2. Ból może być ostry, utrzymujący się lub składać się z obu tych rodzajów bólu. Etiologia bólu wyznacza rodzaj podejścia do leczenia bólu.
3. Ból musi być oceniany w sposób kompleksowy i spójny za pomocą trafnych i rzetelnych narzędzi.
4. Pacjenci mają prawo do najlepszego dostępnego sposobu leczenia bólu. Ocena i leczenie bólu jest nieodłącznym aspektem opieki pielęgniarstwa; należy angażować pacjentów i ich rodziny.
5. Ocena i leczenie bólu powinny być przedstawione w jasny i łatwo dostępny sposób.
6. Edukacja w zakresie bólu i jego leczenia obejmująca pacjentów i ich rodziny jest niezbędną częścią opieki pielęgniarstwa.
7. Personel pielęgniarstwa stanowi niezbędną część zespołów zajmujących się leczeniem bólu.

Cele

Po zakończeniu niniejszego programu nauczania o bólu pielęgniarki/pielęgniarze rozpoczynający pracę zawodową będą w stanie:

1. Stosować współczesną wiedzę o anatomii, fizjologii, farmakologii, psychologii i socjologii w zakresie oceny i leczenia pacjentów z bólem.
2. Rozróżniać pomiędzy różnymi typami bólu ostrego, nawracającego i utrzymującego się (przewlekłego) w zakresie mechanizmów, oceny i leczenia oraz znać konsekwencje nieleczenia bólu.
3. Brać udział w regularnej, opartej na dowodach ocenie bólu i jego leczeniu uwzględniając komponenty czuciowe, poznawcze, afektywne, behawioralne, społeczne, kulturowe, duchowe i polityczne danego stanu chorobowego.
4. Identyfikować zawodowe, systemowe, związane z pacjentem i jego rodziną, a także środowiskowe przeszkody w efektywnej ocenie i leczeniu bólu.
5. Rozpoznawać pacjentów w grupie ryzyka, u których ból może być leczony w sposób niewystarczający (np. osoby, które nie mogą samodzielnie zgłosić bólu, noworodki, osoby z upośledzeniem poznawczym).
6. Używać trafnych i rzetelnych narzędzi oceny bólu, które są właściwe dla potrzeb pacjenta i sytuacji klinicznej.
7. Podawać zlecone leki przeciwbólowe i oceniać ich wpływ na ból i funkcjonowanie pacjenta.
8. Zapobiegać i leczyć częste działania niepożądane związane z leczeniem bólu.
9. Opisać różnice pomiędzy uzależnieniem somatycznym, psychologicznym, tolerancją i uzależnieniem rzekomym.
10. Rozpoznawać i stosować podstawowe fizykalne i psychologiczne metody niwelujące ból (np. zmiana pozycji pacjenta, udzielanie informacji, odwracanie uwagi).
11. Dostarczyć pacjentom i ich rodzinom informacji o różnych metodach leczenia bólu.
12. Efektywnie współpracować jako członek interdyscyplinarnych zespołów, które mogą składać się z pacjentów i ich opiekunów rodzinnych, tak aby jasno i w sposób realistyczny wypracowywać cele terapii bólu.

13. Prowadzić dokładną dokumentację oraz w sposób jasny komunikować się z pacjentem, jego rodziną i opiekunami oraz członkami interdyscyplinarnego zespołu leczenia bólu.
14. Pracować zgodnie z kodeksem etycznym, który oparty jest na przestrzeganiu praw człowieka, jego różnorodności i zasady „nie szkodzić”.
15. Krytycznie oceniać efektywność metod pracy z pacjentem odczuwającym ból oraz sposoby poprawy opieki.
16. Regularnie aktualizować własną wiedzę dotyczącą bólu i jego leczenia.

Zarys Programu Nauczania

I. Wielowymiarowa Istota Bólu

A. Skala problemu – epidemiologia

B. Znaczenie nieleczenia bólu

1. Wpływ ostrego bólu na powrót do zdrowia i rozwój utrzymującego się (przewlekłego) bólu
2. Wpływ przewlekłego bólu nowotworowego i nienowotworowego na:
 - i. Jednostkę (np. fizyczny, psychospołeczny, zawodowy, społecznoekonomiczny)
 - ii. Rodzinę (np. role, relacje, problemy psychologiczne, czynniki społecznoekonomiczne)
 - iii. Społeczeństwo (np. koszty, utrata produktywności)

C. Definicje bólu

1. Rodzaje bólu w oparciu o czas trwania
 - i. Ból ostry
 - ii. Ból przewlekły (utrzymujący się)
 - iii. Ból przebijający
2. Rodzaje bólu w oparciu o mechanizmy powstawania
 - i. Ból nocycyptywny (somatyczny, trzewny)
 - ii. Ból neuropatyczny

D. Wiele wymiarów bólu

1. Wymiary fizjologiczne – neuronalne mechanizmy bólu
 - i. Transdukcja
 - ii. Transmisja
 - iii. Modulacja
 - iv. Percepcja
2. Wymiary czuciowe
 - i. Lokalizacja
 - ii. Intensywność
 - iii. Jakość
 - iv. Zmienność w czasie
 - v. Czynniki niwelujące i zaostrzające ból
3. Wymiary afektywne

- i. Wpływ na emocje negatywne i pozytywne
 - ii. Afektywne konsekwencje bólu, z uwzględnieniem cierpienia
 - iii. Wpływ bólu na nastrój, sen, aktywność społeczną
4. Wymiar poznawczy
 - i. Osobiste przekonania, postawy, znaczenie nadawane odczuwaniu bólu i/lub chorobie związanej z bólem
 - ii. Przekonania duchowe, czynniki środowiskowe, kulturowe, rodzinne i społeczne związane z reakcją poznawczą na ból
5. Wymiar behawioralny
 - i. Reakcja na stresory (np. sytuacyjne, rozwojowe)
 - ii. Zachowania wyrażające ból
 - iii. Zachowania kontrolujące ból
 - iv. Codzienne zachowania uniemożliwione przez ból
6. Wymiary społeczne, kulturowe, etyczne i polityczne
 - i. Społeczne i kulturowe różnice w zakresie konceptualizacji bólu, jego znaczenia i leczenia
 - ii. Dostęp do zasobów, uwzględniając dostępność i koszty leczenia

II. Ocena i Pomiar Bólu

A. Ocena wykonalności, trafności, rzetelności, czułości, i klinicznej użyteczności różnych metod dla poszczególnych grup pacjentów (np. odpowiednie grupy wiekowe, pacjenci upośledzeni poznawczo) i poszczególnych sytuacji klinicznych

B. Przeprowadzenie wstępnej, pełnej oceny bólu przy użyciu rzetelnych i kompleksowych narzędzi służących do oceny bólu

C. Stała ocena bólu przy użyciu trafnych i rzetelnych narzędzi jednowymiarowych

1. Intensywność/Ciężkość
2. Niwelowanie bólu
3. Wpływ bólu na funkcjonowanie
4. Poprawa w zakresie ciężkości odczuwanego bólu

D. Identyfikacja pacjentów będących w grupie ryzyka niewłaściwej oceny i leczenia bólu oraz stosowanie trafnych i rzetelnych narzędzi oceny bólu w tej grupie pacjentów.

1. Noworodki i dzieci
2. Osoby starsze
3. Osoby upośledzone poznawczo lub rozwojowo
4. Osoby w wywiadem uzależnień lub aktualnie nadużywające narkotyków
5. Osoby mówiące w innym języku niż pracownicy opieki zdrowotnej
6. Pacjenci nie będący w stanie efektywnie komunikować swoich potrzeb z powodu choroby lub otrzymanego leczenia

E. Przekazywanie słowne oraz rejestrowanie wstępnej i kolejnych ocen bólu w dokumentacji pacjenta, tak aby były one dostępne wszystkim członkom zespołu leczącego

III. Leczenie bólu

A. Ustalenie celów leczenia bólu w porozumieniu z pacjentem i jego rodziną

B. Identyfikacja przeszkód w efektywnym leczeniu bólu związanych z pacjentem, rodziną, opiekunami, systemem opieki zdrowotnej oraz lekarzem prowadzącym.

C. Korzystanie z właściwych farmakologicznych środków przeciwbólowych

1. Nieopioidowe leki przeciwbólowe
 - a. Mechanizmy działania
 - b. Wskazania
 - c. Początek i szczyt działania
 - d. Działania niepożądane
 - e. Interakcje z innymi lekami
2. Opioidowe leki przeciwbólowe
 - a. Rodzaje opioidowych leków przeciwbólowych
 - i. Krótko działające
 - ii. Długo działające
 - b. Mechanizmy działania
 - c. Wskazania
 - d. Początek i szczyt działania
 - e. Dawkowanie równoważne
 - f. Działania niepożądane
 - g. Interakcje z innymi lekami
 - h. Definicje tolerancji, zależności fizycznej i uzależnienia psychicznego
3. Leki uzupełniające
 - a. Mechanizmy działania
 - b. Wskazania
 - c. Początek działania, zwiększanie dawki, odpowiednia długość trwania próby przeciwbólowej
 - d. Działania niepożądane
 - e. Poszczególne leki
 - i. Leki przeciwpadaczkowe
 - ii. Leki przeciwdepresyjne
 - iii. Anestetyki miejscowe
 - iv. Kortykosteroidy
 - v. Inne leki
 - f. Interakcje z innymi lekami
4. Metody podawania leków
 - a. Doustna/dojelitowa
 - b. Pozajelitowa (dożylna lub podskórna, wlew w pompie, podanie kontrolowane przez pacjenta)
 - c. Przezskórna
 - d. Przezśluzówkowa
 - e. Na skórę
 - f. Rdzeniowa (nadtwardówkowa lub intratekalna)
 - g. Miejscowa
5. Kwestie związane z wiekiem
6. Terapia związana z poszczególnymi chorobami (np. terapie onkologiczne)

D. Stosowanie właściwych nefarmakologicznych metod leczenia bólu

1. Terapeutyczna postawa pielęgniarki (np. aktywne słuchanie, docenianie perspektywy pacjenta i jego rodziny, empatia)
2. Strategie fizykalne (np. ćwiczenia, zmiana pozycji, leczenie ran, masaże, stosowanie ciepła i zimna, hydroterapia)
3. Strategie psychologiczne i behawioralne (np. strategie poznawczo – behawioralne, rodzenie sobie ze stresem, edukacja pacjenta i rodziny, doradzanie)
4. Neurostymulacja (przezskórna stymulacja nerwów, akupunktura, stymulacja nadtwardówkowa, stymulacja mózgu i rdzenia kręgowego)
5. Strategie neuroablacyjne (neuroliczne bloki nerwowe, techniki neurochirurgiczne)
6. Radioterapia paliatywna (ból nowotworowy)

E. Wielomodalne i interdyscyplinarne leczenie bólu

1. Rola poszczególnych pracowników opieki zdrowotnej
2. Szczególny wkład personelu pielęgniarskiego
3. Pacjent i jego rodzina jako integralni członkowie zespołu leczącego ból
4. Opieka paliatywna, hospicja, opieka domowa i opieka długoterminowa
5. Edukacja pacjenta i jego rodziny
6. Integracja i koordynacja opieki, planowanie wypisu
7. Promocja zdrowia w celu profilaktyki bólu przewlekłego (np. bólu kręgosłupa)

F. Monitorowanie skuteczności leczenia bólu i poprawa funkcjonowania, profilaktyka i leczenie objawów niepożądanych

1. Odległa ocena efektów terapeutycznych
2. Odległa ocena podejścia pacjenta i jego rodziny do planu leczenia bólu

IV. Stany chorobowe

A. Ostry ból związany z urazem, operacją lub stanami nagłymi

B. Częste choroby związane z bólem przewlekłym

1. Ból okolicy lędźwiowej
2. Choroba zwyrodnieniowa stawów
3. Ból głowy
4. Ból nowotworowy
5. Ból związany z zakażeniem HIV
6. Choroby związane z bólem neuropatycznym

Literatura

American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older P. Pharmacological management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc. Aug 2009;57(8):1331-1346.

Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, et al. Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. J Pain. Feb 2009;10(2):113-130.

Cleeland CS, Farrar JT, Hausheer FH. Assessment of cancer-related neuropathy and neuropathic pain. *Oncologist*. 2010;15 Suppl 2:13-18.

Cruccu G, Truini A. Neuropathic pain and its assessment. *Surg. Oncol*. Jan 5 2010.

Dworkin RH, O'Connor AB, Audette J, et al. Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update. *Mayo Clin Proc*. Mar 2010;85(3 Suppl):S3-14.

© Copyright International Association for the Study of Pain