

# Wiedza pielęgniarek na temat aktualnych wytycznych leczenia bólu w chorobie nowotworowej

## *Nurses' knowledge of current treatment guidelines for cancer pain*

Barbara Wrona<sup>1</sup>, Marcin Janecki<sup>2,3</sup>, Aleksandra Fimiarz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

<sup>2</sup>Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej Katedry Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

<sup>3</sup>NZOZ Hospicjum Bożego Miłosierdzia w Gliwicach

### Streszczenie

Celem pracy było poznanie poziomu wiedzy pielęgniarek w zakresie leczenia przeciwbólowego u chorych na nowotwór oraz sprawdzenie, czy istnieją znaczące różnice w znajomości tego tematu pomiędzy pielęgniarkami zatrudnionymi na oddziałach onkologicznych i nieonkologicznych. Do określenia wiedzy pielęgniarek z zakresu aktualnych wytycznych leczenia przeciwbólowego u chorych na nowotwór posłużono się kwestionariuszem ankiety zawierającym 17 pytań. Łącznie w badaniu wzięły udział 74 osoby, które dla potrzeb pracy podzielono na dwie grupy: pielęgniarek onkologicznych i pielęgniarek nieonkologicznych. Udział w badaniu był anonimowy i dobrowolny. Poziom wiedzy pielęgniarek z zakresu aktualnych wytycznych leczenia bólu w chorobie nowotworowej można uznać za zadowalającą, szczególnie w zakresie zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia i znajomości działań niepożądanych leków opioidowych. Różnice w wiedzy pomiędzy pielęgniarkami zatrudnionymi na oddziałach onkologicznych i nieonkologicznych ujawniają się w odpowiedziach na pytania dotyczące wiedzy specjalistycznej – znajomości leków adjuwantowych czy nefarmakologicznych metod leczenia bólu. Badane za największą trudność w skutecznym leczeniu bólu u chorych onkologicznie uznały niewłaściwą ocenę bólu. Pielęgniarki widzą potrzebę dodatkowych szkoleń z zakresu aktualnych wytycznych leczenia bólu w chorobie nowotworowej. Nieustanne włączanie do specjalistycznych programów nauczania zasad oceny i monitorowania bólu przyczynia się do lepszego przewidywania przez pielęgniarki potrzeb pacjenta cierpiącego z powodu bólu w chorobie nowotworowej.

**Słowa kluczowe:** ból nowotworowy, pielęgniarka, opieka paliatywna.

### Abstract

The aim of the study was to determine the level of knowledge of nurses about analgesic therapy of patients with cancer pain and whether there are significant differences in the knowledge of this topic between nurses employed in oncological and non-oncological wards. To determine nurses' knowledge concerning current guidelines in analgesic therapy of patients with cancer pain a questionnaire containing 17 questions was used. In the study participated 74 subjects who were divided into two groups: oncological nurses and non-oncological nurses. Participation in the study was anonymous and voluntary. The level of knowledge of nurses in the field of current guidelines for the treatment of cancer pain can be considered satisfactory, particularly regarding recommendations of the World Health Organization and the knowledge about the side effects of opioids. Differences in knowledge between nurses employed in oncological and non-oncological wards revealed in responses to questions about specialist issues, such as knowledge of adjuvant drugs or non-pharmacological methods of pain treatment. Nurses for the greatest difficulty in the effective treatment of cancer pain considered inadequate pain assessment. Nurses see the need for additional training on current treatment guidelines for cancer pain. Constantly adding to the specialized learning programs principles for evaluation and monitoring of cancer pain, contributes to better anticipate the needs of the suffering patient by nurses.

**Key words:** cancer pain, nurse, palliative care.

Adres do korespondencji:

mgr Barbara Wrona, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach, ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15, 44-101 Gliwice, e-mail: barelwro@gmail.com

## WSTĘP

Ból w chorobie nowotworowej jest znaczącym czynnikiem zwiększającym cierpienie, niepokój i zależność chorego od innych osób. Im dolegliwości bólowe są silniejsze, tym pacjent jest mniej samodzielny i wymaga większego wsparcia w prostych czynnościach dnia codziennego [1]. Wzrasta tym samym zapotrzebowanie na specjalistyczną opiekę pielęgniarską, która będzie zmieniała jakość życia chorych leczonych przeciwbólowo z powodu choroby nowotworowej. W Polsce każda pielęgniarka i pielęgniarz muszą mieć ukończone studia I stopnia, na których uzyskują tytuł licencjata pielęgniarstwa. Dodatkową wiedzę z zakresu udziału pielęgniarki w farmakoterapii bólu zdobywa się na 3-miesięcznych kursach kwalifikacyjnych i/lub uzyskując specjalizację z zakresu pielęgniarstwa onkologicznego czy opieki paliatywnej. Daje to podstawę do wysunięcia tezy, że skoro każdy lekarz, niezależnie od specjalizacji, zna podstawowe zasady leczenia bólów nowotworowych [2], to także każda pielęgniarka z tytułem licencjata zatrudniona na dowolnym oddziale również zna te standardy i posiada odpowiednie umiejętności, by współpracować z lekarzem w zakresie farmakoterapii bólu.

Celem podjęcia przez pielęgniarkę działań opiekuńczych w stosunku do pacjenta cierpiącego z powodu bólu powinno być wyeliminowanie lub zmniejszenie dolegliwości do poziomu akceptowanego przez chorego. W opanowywaniu bólu zespół pielęgniarski przykłada dużą wagę do czynników zewnętrznych, psychicznych i duchowych wpływających na odczuwanie dolegliwości. Pielęgniarka powinna znać i umiejętnie przekazywać niezbędne informacje na temat mechanizmów bólu i jego źródeł w chorobie nowotworowej. Dostosowując zakres wiadomości oraz ich formę i język do możliwości poznawczych chorego, pielęgniarka zwiększa poczucie bezpieczeństwa pacjenta i buduje swój wizerunek jako profesjonalisty w pielęgnowaniu. Zaznajamiając pacjenta z metodami terapii bólu i możliwymi objawami ubocznymi, ułatwia mu zrozumienie stanu jego zdrowia, zmniejsza lęk, a przede wszystkim pomaga stać się aktywnym podmiotem leczenia. By móc podjąć zadania służące łagodzeniu dolegliwości bólowych, zespół pielęgniarski powinien znać narzędzia służące do oceny natężenia bólu. Prosta skala numeryczna, jeśli jest używana systematycznie, pozwala pielęgniarcie zdiagnozować stan chorego oraz daje informacje o skuteczności stosowanego leczenia. Zespołowi pielęgniarskiemu nie powinny być również obce mechanizmy powstawania bólu przebijającego. Przejawia się to m.in. w takim planowaniu wszystkich czynności pielęgnacyjnych przy pacjencie, szczególnie tych związanych z ruchem czy wysiłkiem chorego, by odbywały się w okresie

szczytowego działania przeciwbólowego leków lub po profilaktycznym podaniu dodatkowej dawki analgetyku [3].

Udział pielęgniarki w farmakoterapii bólu u chorego na nowotwór wiąże się ze znajomością zasad podawania leków według wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO), które uwzględniają m.in. indywidualny dobór leku i dawki dla każdego chorego, zgodnie z koncepcją drabiny analgetycznej. Ważnym obszarem w opiece pielęgniarskiej jest również umiejętność postępowania w sytuacji wystąpienia działań niepożądanych analgetyków, zwłaszcza opioidów. Wyposażenie personelu pielęgniarskiego we właściwe standardy postępowania i monitorowanie ich przestrzegania daje szansę wielu chorym na wyjście z zamkniętego kręgu bolesnych dolegliwości. Niwelowanie działań niepożądanych leków przeciwbólowych oraz likwidacja barier stojących na drodze do efektywnego leczenia bólu w chorobie nowotworowej – to tylko niektóre z wyzwań, jakie powinny stawiać sobie pielęgniarki opiekujące się pacjentem onkologicznym.

## CEL PRACY

Celem pracy było poznanie poziomu wiedzy pielęgniarek w zakresie leczenia przeciwbólowego chorych na nowotwór oraz sprawdzenie, czy istnieją znaczące różnice w znajomości tego tematu pomiędzy pielęgniarkami zatrudnionymi na oddziałach onkologicznych i nieonkologicznych.

## MATERIAŁ I METODY

Do określenia wiedzy pielęgniarek z zakresu aktualnych wytycznych leczenia przeciwbólowego u chorych na nowotwór posłużono się autorskim kwestionariuszem zawierającym 17 pytań. Dodatkowo przygotowano 5 pytań dotyczących danych podstawowych respondentów (wiek, płeć itp.). Zastosowano pytania wielokrotnego wyboru, półotwarte oraz zamknięte. Respondenci odpowiadali także na pytania otwarte, które dotyczyły znajomości skal oceny bólu u chorego i silnych analgetyków opioidowych stosowanych w Polsce, dróg podawania leków przeciwbólowych oraz niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu. Łącznie w badaniu wzięły udział 74 osoby, które dla potrzeb pracy podzielono na dwie grupy: pielęgniarek onkologicznych i pielęgniarek nieonkologicznych. Do pierwszej grupy włączono 40 pielęgniarek mających w swojej pracy stały kontakt z chorymi na nowotwór. Większość osób zatrudniona była na oddziałach onkologicznych, dwie osoby miały kontakt z pacjentami cho-

rymi na nowotwór w hospicjum. Druga grupa obejmowała 34 pielęgniarki zatrudnione w różnych jednostkach opieki medycznej województwa śląskiego, które nie zajmują się typowo pacjentami onkologicznymi. Udział w badaniu był dobrowolny i całkowicie anonimowy. Uzyskane wyniki przedstawiono w procentach.

## WYNIKI

Większość badanych (99%) stanowiły kobiety pomiędzy 30. a 50. rokiem życia. Staż pracy prawie połowy badanych (49%) mieścił się w zakresie 10–25 lat. Zdecydowana większość (64%) posiadała tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa, natomiast tylko 7 osób tytuł magistra pielęgniarstwa, co stanowi 9% wszystkich badanych. Warto zauważyć, że 13% respondentów miało wykształcenie średnie medyczne.

Ból w chorobie nowotworowej jest zjawiskiem złożonym, a więc na jego występowanie może wpływać wiele różnych czynników i przyczyn. Ankietowani za najczęstszy powód dolegliwości bólowych uznali proces nowotworowy (69%), natomiast jedynie 38% respondentów dostrzegało korelację pomiędzy bólem a leczeniem przeciwnowotworowym.

Prawidłowa kliniczna ocena bólu uwzględnia wiele składowych, wśród których respondenci za najważniejsze uznali stopień nasilenia bólu (41%), a następnie czas jego trwania (36%) oraz postać i charakter dolegliwości (35%). Za najmniej ważny czynnik uznali wpływ bólu na sprawność pacjenta (25%).

Pytanie dotyczące znajomości skal służących do oceny bólu u chorego na nowotwór było pytaniem otwartym. Aż 95% ankietowanych wykazało się znajomością skali wzrokowo-analogowej, przy czym była ona częściej wskazywana przez pielęgniarki nieonkologiczne. Respondenci wymieniali również skalę numeryczną (57%), słowną (21%) oraz obrazkową (11%), natomiast 7% badanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Ważnym elementem prawidłowej opieki nad pacjentem z bólem w przebiegu choroby nowotworowej jest znajomość zasad podawania leków przeciwbólowych WHO. Poziom znajomości tych wytycznych był porównywalny w grupie pielęgniarek onkologicznych i nieonkologicznych (tab. 1.). Za najważniejszą zasadę respondenci uznali dobieranie leków indywidualnie dla każdego chorego (48%) oraz podawanie leków w regularnych odstępach czasu dla utrzymania ich stałego stężenia terapeutycznego (46%). Odpowiedź „leki powinny być podawane drogą doustną, tak długo jak to możliwe” uzyskała 22% wskazań.

Pytanie o drogi podawania leków przeciwbólowych w bólu towarzyszącym chorobie nowotworowej również miało charakter otwarty. Jako główne sposoby podawania leków respondenci wymienili drogę dożylną (44%), podskórną (43%) oraz doustną (41%). Przeskórne podawanie leków, czyli w postaci plastrów transdermalnych, wskazało 25% badanych.

W odpowiedzi na pytanie o znane badanym i jednocześnie dostępne w Polsce tzw. silne opioidy stosowane w bólu nowotworowym najczęściej wymieniano morfinę (82%) i fentanyl (63%). Wśród pielęgniarek nieonkologicznych 12% nie podało prawidłowej nazwy silnego opioidu, a 3% badanych z tej grupy nie wymieniło nazwy żadnego analgetyku.

Pytanie dotyczące typowych objawów ubocznych leków opioidowych zawierało sześć możliwych odpowiedzi, z których cztery były prawidłowe. Respondenci mogli wpisać również inne, znane sobie objawy uboczne. Wśród możliwych odpowiedzi aż 50% ankietowanych jako główny problem chorego leczonego opioidami wskazało zaparcia (tab. 2.). Duże znaczenie przypisano także senności (48%) oraz nudnościom i wymiotom (46%). Pielęgniarki onkologiczne wymieniły dodatkowe objawy uboczne, do których zaliczyły: depresję ośrodka oddechowego, spadek częstości akcji serca, nadmierną sekcję, świąd skóry, a także zaburzenia emocjonalne w postaci apatii.

**Tabela 1.** Zasady podawania leków w bólu w chorobie nowotworowej

Odpowiedzi	Pielęgniarki onkologiczne (%)	Pielęgniarki nieonkologiczne (%)
Leki dobiera się indywidualnie dla każdego chorego	24	24
Wybór analgetyku jest związany z natężeniem bólu u chorego	22	16
Wybór analgetyku jest dokonywany według tzw. drabiny analgetycznej	20	24
Leki podaje się w regularnych odstępach czasu, by utrzymać ich stałe stężenie	21	25
Leki podaje się jedynie w przypadkach nasilenia bólu i na żądanie pacjenta	0	2
Leki powinny być podawane drogą doustną, tak długo jak to możliwe	13	9
Razem	100	100

**Tabela 2.** Objawy uboczne leków opioidowych

Odpowiedzi	Pielęgniarki onkologiczne (%)	Pielęgniarki nieonkologiczne (%)
Zaparcia	27	23
Nudności i wymioty	24	22
Krwawienia z przewodu pokarmowego	4	8
Senność	24	24
Nadżerki i owrzodzenia	2	8
Zawroty głowy	14	15
Inne	5	0
Razem	100	100

**Tabela 4.** Niefarmakologiczne metody łagodzenia dolegliwości bólowych w chorobie nowotworowej

Odpowiedzi	Pielęgniarki onkologiczne (%)	Pielęgniarki nieonkologiczne (%)
Oktłady ciepłe/ /oktłady zimne/kąpiel	2	12
Muzykoterapia	9	17
Akupunktura i akupresura	33	12
Rehabilitacja	14	14
Masaż	21	10
Odpowiednie ułożenie ciała/ /udogodnienia	5	10
Terapia zajęciowa	8	4
Rozmowa, obecność	8	0
Brak odpowiedzi	0	21
Razem	100	100

Ankietowani wykazali się zróżnicowanym poziomem wiedzy na temat charakterystyki koanalgetyków (tab. 3.). Najczęściej wskazywali odpowiedź, że są to preparaty niedziałające bezpośrednio przeciwbólowo, ale wspomagające aktywność analgetyków (82%). Wśród pielęgniarek onkologicznych jedna czwarta badanych zaznaczyła również prawidłową odpowiedź, że adjuwanty mają szczególne znaczenie w leczeniu bólu neuropatycznego.

Wśród interwencji psychologicznych stosowanych u chorych z bólem nowotworowym największą popularnością wśród respondentów cieszyły się techniki relaksacyjne (71%) oraz psychoedukacja (50%). Pytanie o inne niefarmakologiczne metody łagodzenia dolegliwości bólowych w chorobie nowotworowej miało charakter otwarty (tab. 4.). Czterdzieści pięć procent respondentów uznało

**Tabela 3.** Cechy leków adjuwantowych

Odpowiedzi	Pielęgniarki onkologiczne (%)	Pielęgniarki nieonkologiczne (%)
Można je stosować na każdym szczeblu drabiny analgetycznej	34	35
Jest to inna nazwa NLPZ	4	14
Są to preparaty niedziałające bezpośrednio przeciwbólowo, ale wspomagające aktywność analgetyków	37	45
Mają szczególne znaczenie w leczeniu bólu neuropatycznego	25	2
Brak odpowiedzi	0	4
Razem	100	100

**Tabela 5.** Cechy bólu przebijającego

Odpowiedzi	Pielęgniarki onkologiczne (%)	Pielęgniarki nieonkologiczne (%)
Ma charakter napadowy	42	20
Natężeniem przewyższa ból podstawowy	39	55
Trwa ok. 30 minut	15	18
Jest tym samym co ból końca dawki	4	7
Razem	100	100

akupresurę i akupunkturę za istotne sposoby wspomagające terapię przeciwbólową. Dla badanych ważny był również masaż (31%), szeroko rozumiana rehabilitacja (28%) oraz muzykoterapia (26%).

Często spotykanym zjawiskiem u pacjentów z chorobami nowotworowymi jest ból przebijający (tab. 5.). Respondenci uznali, że jego najważniejszą cechą jest natężenie, którym przewyższa ból podstawowy. Dla 42% badanych pielęgniarek onkologicznych ważny jest również napadowy charakter bólu przebijającego. Niewielki odsetek respondentów (11%) przyrównał ból przebijający do tzw. bólu końca dawki.

Analizowano również opinię pielęgniarek na temat przyczyn trudności w prawidłowej terapii bólu w chorobie nowotworowej (tab. 6.). Respondenci wskazywali najczęściej na niewłaściwą ocenę bólu (44%),

**Tabela 6.** Trudności w prawidłowej terapii bólu w chorobie nowotworowej

Odpowiedzi	Pielęgniarki onkologiczne (%)	Pielęgniarki nieonkologiczne (%)
Niewystarczająca wiedza personelu	18	24
Niewłaściwa ocena bólu	21	23
Przeświadczenie o nieuchronności bólu w chorobie nowotworowej	16	14
Obawy przed stosowaniem opioidów	20	14
Słaba komunikacja pomiędzy pacjentem a personelem medycznym	18	25
Inne	7	0
Razem	100	100

niewystarczającą wiedzę personelu (42%) oraz słabą komunikację pomiędzy pacjentem a personelem medycznym (42%). Jedynie pielęgniarki onkologiczne wpisywały również inne odpowiedzi, takie jak: brak natychmiastowej reakcji na ból ze strony personelu, lekceważenie bólu przez lekarzy i trudności we współpracy personelu pielęgniarskiego i lekarskiego, przekonanie o uzależnieniu się od opiatów, a przede wszystkim ograniczony dostęp pacjentów do wyspecjalizowanych poradni leczenia bólu.

Ankietowani ocenili swoją wiedzę na temat aktualnych wytycznych leczenia bólu nowotworowego. Większość ankietowanych (84%) oceniło swój zasób wiadomości jako dobry, przy czym liczniejszą grupę (55%) stanowiły w tym względzie pielęgniarki onkologiczne. Pielęgniarki nieonkologiczne w 47% oceniły swoją wiedzę jako słabą. Jako główne źródła informacji na ten temat ankietowani wskazywali: książki i czasopisma medyczne (46%), studia wyższe i kształcenie podyplomowe (45%), wymianę doświadczeń i informacje od współpracowników (45%). Jedynie 11% badanych odbyło szkolenia wewnątrzszpitalne z zakresu terapii w bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej, a 19% ukończyło szkolenia pozaszpitalne z tego zakresu. Z kursów kwalifikacyjnych, które obejmowały m.in. tematykę postępowania w bólu nowotworowym, skorzystało łącznie 48% respondentów, natomiast aż 71% badanych ukończyło kurs z zakresu pielęgniarstwa w anestezjologii i intensywnej terapii. Na pytanie, czy istnieje potrzeba dodatkowych szkoleń z zakresu aktualnych wytycznych leczenia bólu nowotworowego, aż 86% respondentów odpowiedziało twierdząco, przy czym 3% ankietowanych nie miało zdania na ten temat.

## DYSKUSJA

Już od wielu lat celem opieki personelu medycznego nad pacjentami jest dobra jakość życia podopiecznych. Nie chodzi tu jednak tylko o ogólny stan zdrowia czy sprawne opanowanie objawów choroby. Dobra jakość życia wyraża się w zaspokojeniu wszystkich ważnych dla pacjenta potrzeb, w całościowym spojrzeniu na chorego i sytuację, w której się znajduje. W praktyce najczęściej przeprowadza się badanie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*Health Related Quality of Life – HRQL*). Jest to ocena własnej sytuacji chorego w określonym czasie, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu choroby i leczenia na tę sytuację [4]. Ból przewlekły związany z chorobą nowotworową będzie bezsprzecznie zaburzał wszystkie trzy obszary związane z HRQL: somatyczny, psychiczny i społeczny. Dlatego do opieki nad pacjentem onkologicznym cierpiącym z powodu bólu potrzebny jest wykwalifikowany personel, posiadający odpowiedni zasób wiedzy i doświadczenie.

Studenci pielęgniarstwa badani przez Mickiewicz i wsp. [5] pod kątem opinii o opiece paliatywnej najczęściej pojmowali ból w chorobie nowotworowej i cierpienie u kresu życia jako zjawisko fizyczne (65%), a dopiero później psychiczne (56,3%) i duchowe (46,4%). Ból nowotworowy to zjawisko złożone i mocno ingerujące we wszystkie sfery życia człowieka. Analiza zebranych danych wykazała, że pielęgniarki słusznie dostrzegają, iż ból w chorobie nowotworowej nie jest jedynie wynikiem procesu nowotworowego. Pacjent może odczuwać jednocześnie kilka rodzajów bólu o różnym podłożu, a zadaniem pielęgniarki jest zrozumienie podstaw powstawania dolegliwości.

Prawidłowa ocena bólu to podstawa dobrej i skutecznej terapii. W badaniu dotyczącym poziomu wiedzy pielęgniarek na temat bólu pooperacyjnego przeprowadzonym przez Knapp i wsp. [6] okazało się, że tylko 23% pielęgniarek zabiegowych monitoruje stopień natężenia bólu u swoich podopiecznych, a 50% respondentów nie prowadzi żadnej dokumentacji w tym zakresie. Dla pielęgniarek onkologicznych i nieonkologicznych najważniejszymi komponentami bólu były jego natężenie oraz czas trwania, a jedynie 7% badanych nie potrafiło podać nazwy żadnej skali do oceny bólu w chorobie nowotworowej.

Zalecenia WHO dotyczące postępowania w bólu nowotworowym są znane i niezmiennie już od wielu lat. Analiza zebranego materiału pokazuje, że indywidualny dobór leków oraz podawanie ich w regularnych odstępach czasu nie budzą wątpliwości u ankietowanych. Duży odsetek respondentów stanowiły pielęgniarki z oddziałów zabiegowych i wydaje się, że dlatego jedynie 22% zgodziło się z odpowiedzią, że leki powinny być podawane dro-

gą doustną, tak długo jak to możliwe. Podawanie leków domięśniowo w przewlekłym bólu nowotworowym wiąże się z trudniejszą techniką i większą bolesnością, dlatego europejskie wytyczne traktują to jako ostateczność – w badaniu tę drogę podawania leków wskazało 19% ankietowanych. Pielęgniarki onkologiczne wykazały się większą znajomością alternatywnych metod podawania leków, takich jak droga przezśluzówkowa i doodbytnicza.

Jako silne opioidy stosowane w leczeniu bólu w chorobie nowotworowej najczęściej wymieniane były morfina i fentanyl. Pielęgniarki onkologiczne potrafiły wymienić jeszcze pozostałe trzy analgetyki opioidowe zarejestrowane w Polsce: metadon, buprenorfinę i oksykodon. Najczęstszą nieprawidłową odpowiedzią był Dolargan, czyli petydyna. Warto wspomnieć, że jest to lek niezalecany w terapii bólu przewlekłego i nie powinien być podawany dłużej niż przez 48 godzin [7]. Metabolity petydyny łatwo kumulują się w organizmie, powodując silne objawy neurotoksyczne, takie jak niepokój, drżenia mięśniowe i drgawki.

Respondenci w zadowalającym stopniu znali objawy uboczne spowodowane przez leki opioidowe. Pielęgniarki nieonkologiczne częściej myliły je z działaniami niepożądanymi niesteroidowych leków przeciwzapalnych, takimi jak nadżerki i owrzodzenia (8%) oraz krwawienia z przewodu pokarmowego (7%). Pielęgniarki onkologiczne dodatkowo wpisywały głównie depresję ośrodka oddechowego i nadmierną sedację. Wspomniane objawy nie dotyczą pacjentów, u których opioidy są stosowane w sposób prawidłowy, a raczej świadczą o przedawkowaniu, np. morfiny. Jak udowodnia Orońska [7], u osób cierpiących z powodu bólu depresja oddechowa po opioidach występuje bardzo rzadko, ponieważ sam ból pobudza ośrodek oddechowy. Podobnie jest z sedacją, która przy prawidłowym dawkowaniu leków ma charakter przemijający – ustępuje po kilku dniach stosowania opioidów. Wspomniany przez respondentów świąd skóry obserwuje się niezmiernie rzadko, szczególnie w przypadku przewlekłej terapii doustnej. Dobra znajomość działań niepożądanych opioidów znajduje potwierdzenie również w badaniach Lepperta i wsp. [8], gdzie spośród oszołomienia, depresji oddechowej, zaparcia stolca i uzależnienia psychicznego 64% badanych lekarzy wybrało zaparcia jako najczęstsze skutki stosowania morfiny. Podobnie pielęgniarki zabiegowe badane przez Knap i wsp. [6] w 93% prawidłowo wskazywały objawy uboczne opioidów, a były to: świąd skóry, nudności i wymioty, zatrzymanie moczu i depresja oddechowa.

Ból przebijający stanowi wyzwanie dla całego zespołu opiekującego się chorym onkologicznym. W uzyskanych wynikach cieszy fakt rozróżniania przez badanych bólu końca dawki od bólu przebijającego,

ponieważ w przypadku tych dwóch rodzajów bólu zaleca się odmienne postępowanie. Jedynie 33% respondentów wiedziało, że czas trwania bólu przebijającego wynosi do 30 minut. Zdecydowanie lepiej zorientowani w tym zakresie byli lekarze pracujący w jednostkach opieki paliatywnej przebadani przez Janeckiego i wsp. [9], gdzie aż 56,3% badanych wskazało prawidłowy czas trwania bólu przebijającego.

Analiza wyników wykazała, że najczęściej trudności sprawiły respondentom pytania dotyczące leków adjuwantowych. Na pytania o cechy i rodzaje koanalgetyków w dużym odsetku padały nieprawidłowe odpowiedzi lub nie udzielono ich wcale, szczególnie w grupie pielęgniarek nieonkologicznych. Respondenci w 82% znali definicję leków adjuwantowych, lecz zaledwie 27% badanych posiadało wiedzę o ich skuteczności w terapii bólu neuropatycznego. Na pytanie o grupy leków zaliczanych do koanalgetyków aż 24% badanych udzieliło błędnej odpowiedzi, a 6% nie wybrało żadnej z podanych możliwości.

Należy zauważyć, że pielęgniarki są dobrze zaznajomione z interwencjami psychologicznymi możliwymi do zastosowania w bólu w chorobie nowotworowej, niezależnie od tego, czy w swojej pracy spotykają się bezpośrednio z chorym onkologicznym. Techniki relaksacyjne, które wskazało 71% respondentów, mają zmniejszać dolegliwości i ich wpływ na nastrój chorego, jednak, jak pokazują badania, efekt tych oddziaływań jest różny [10]. Największe różnice pomiędzy pielęgniarkami onkologicznymi a nieonkologicznymi ujawniły się w odpowiedziach na pytanie o inne, nefarmakologiczne metody leczenia bólu w chorobie nowotworowej. Pielęgniarki onkologiczne znały więcej możliwości, natomiast aż 21% pielęgniarek nieonkologicznych nie potrafiło podać żadnej dodatkowej metody mogącej przynieść ulgę w dolegliwościach bólowych. Wskazane przez 45% respondentów akupunktura i akupresura są najlepiej poznanymi technikami tradycyjnej medycyny chińskiej stosowanymi z powodzeniem w terapii bólu przewlekłego. Należy jednak pamiętać, że są to jedynie metody wspomagające, ponieważ brakuje naukowej oceny akupunktury i akupresury jako samodzielnych metod stosowanych w różnych zespołach bólowych [11]. Pielęgniarki onkologiczne zwróciły również uwagę na rozmowę, obecność, czyli szeroko rozumiane udzielanie wsparcia w opiece nad pacjentem z bólem nowotworowym. Według Michałowskiej [12] wsparcie ma znaczący wpływ na funkcjonowanie chorego i zmniejszenie negatywnych objawów choroby, takich jak lęk, niepokój czy depresja. Ponadto pacjenci, którzy otrzymują wsparcie, łatwiej stosują się do zaleceń lekarskich i angażują w proces leczenia, co w przypadku bólu nowotworowego wydaje się bardzo pożądane.

Pielęgniarki powinny aktywnie uczestniczyć w zwalczaniu prawnych, ekonomicznych i wszystkich innych przeszkód dla prawidłowej terapii bólu w chorobie nowotworowej. Pacjenci często odmawiają przyjmowania leków opioidowych z obawy przed objawami ubocznymi czy przed uzależnieniem. Dla wielu chorych stosowanie opioidów jest również symptomem zbliżającej się śmierci [13]. Analiza zebranych danych pokazuje, że 34% ankietowanych upatruje trudność skutecznej terapii przeciwbólowej w obawie przed stosowaniem opioidów. Pielęgniarki onkologiczne dostrzegały również inne bariery, w tym po stronie personelu lekarskiego. Respondenci spotkali się z lekceważeniem bólu przez lekarzy i mieli złe doświadczenia ze współpracy lekarsko-pielęgniarskiej. W Polsce istotnym problemem jest wciąż mały dostęp do specjalistycznych poradni leczenia bólu, gdzie chory mógłby otrzymywać kompleksowe leczenie, na co zwrócił uwagę niewielki odsetek pielęgniarek onkologicznych.

Respondenci ocenili swoją wiedzę w dużej mierze jako dobrą, przy czym takie poczucie części miały pielęgniarki onkologiczne, które też części korzystały z kształcenia podyplomowego z zakresu pielęgnacji chorego z bólem nowotworowym. Wyniki są porównywalne do przedstawionych przez Knap i wsp. [6], gdzie jedynie 50% pielęgniarek skorzystało z kursów poświęconych leczeniu bólu. Nie można mówić o profesjonalnym prowadzeniu terapii przeciwbólowej bez właściwych podstaw teoretycznych. Zaciekawienie budzi fakt, że respondenci duże znaczenie przypisywali współpracownikom jako ważnemu źródłu wiedzy o aktualnych wytycznych postępowania w bólu w chorobie nowotworowej. W związku z tym pojawia się pytanie, czy w opiece nad pacjentem pielęgniarki bardziej kierują się własnym doświadczeniem czy konkretnymi wytycznymi. Nieustanne włączanie do specjalistycznych programów nauczania zasad oceny i monitorowania bólu przyczynia się do lepszego przewidywania przez pielęgniarki potrzeb pacjenta cierpiącego z powodu bólu w chorobie nowotworowej. Wykwalifikowany zespół pielęgniarski staje się rzecznikiem i przewodnikiem chorego na trudnej drodze leczenia, tak by mógł odnieść z niego jak największe korzyści.

## WNIOSKI

Poziom wiedzy pielęgniarek z zakresu aktualnych wytycznych leczenia bólu w chorobie nowotworowej można uznać za zadowalającą, szczególnie jeśli chodzi o znajomość zaleceń WHO i działań niepożądanych leków opioidowych.

Pielęgniarki za największą przeszkodę w skutecznym leczeniu bólu u chorych onkologicznie uznały niewłaściwą ocenę bólu.

Różnice pomiędzy pielęgniarkami zatrudnionymi na oddziałach onkologicznych i nieonkologicznych ujawniają się w odpowiedziach na pytania dotyczące wiedzy specjalistycznej, np. znajomości leków adjuwantowych czy nefarmakologicznych metod leczenia bólu.

Pielęgniarki widzą potrzebę dodatkowych szkoleń z zakresu aktualnych wytycznych leczenia bólu w chorobie nowotworowej.

## PIŚMIENNICTWO

- Jaltuszewska S, Basiński A, Majkovicz M. Dolegliwości bólowe a jakość życia i zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską pacjentów z chorobą nowotworową. *Ból* 2010; 11: 7-12.
- Jarosz J (red.) Leczenie bólów nowotworowych – zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne Polskiej Unii Onkologii 2009 (online). Dostępne na: [http://www.puo.pl/pdf/leczenie\\_bolow\\_nowotwor.pdf](http://www.puo.pl/pdf/leczenie_bolow_nowotwor.pdf).
- Dobrogowski J, Krajnik M, Jassem J, Wordliczek J. Stanowisko dotyczące postępowania przeciwbólowego u chorych na nowotwory. *Ból* 2009; 10 (nr specjalny): 5-16.
- de Walden-Gałuszko K. Problemy walki z bólem a jakość życia. *Ból* 2008; 9 (nr specjalny): 71-73.
- Mickiewicz I, Krajewska-Kulak E, Kedziora-Kornatowska K, Muszyńska-Roslan K. Opieka paliatywna w percepcji studentów pielęgniarstwa. *Probl Pielęg* 2011; 19: 481-491.
- Knap M, Szyrmer B, Kowalczyk-Sroka B. Poziom wiedzy pielęgniarek z oddziałów zabiegowych na temat terapii bólu pooperacyjnego. *Probl Pielęg* 2010; 18: 129-133.
- Orońska A. Działania niepożądane opioidów. *Med Paliat w Praktyce* 2008; 2: 155-163.
- Leppert W, Łuczak J, Góralski P. Wybrane problemy opieki paliatywnej i eutanazji w opiniach lekarzy i studentów medycyny. *Pol Med Paliatywna* 2005; 4: 67-76.
- Janecki M, Janecka J, Pyszkowska J. Diagnosis and treatment of cancer breakthrough pain in opinions of physicians working in Outpatients' Palliative Care Units and Pain Clinic. *Adv Pall Med* 2012; 11: 43-47.
- Pietrzyk A. Interwencje poznawczo-behawioralne dla chorych na nowotwory i ich bliskich – możliwość podnoszenia jakości życia. *Psychoonkologia* 2008; 2: 58-65.
- Dobrogowski J. Niefarmakologiczne metody leczenia bólu. *Pol Prz Neurol* 2007; 3; 4: 272-278.
- Michałowska-Wieczorek I. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2006; 10: 51-56.
- Bennet MI, Flemming K, Closs SJ. Education in cancer pain management. *Curr Opin Support Palliat Care* 2011; 5: 20-24.