

Fájdalom-management az ápolásban

Nagy Erika

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Ápolási Tanszék

e-mail: nerika@etszk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: fájdalom, ápolás, fájdalomskála

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A múlt századtól a fájdalom szemléletének változásával a fájdalom-érzet fizikai, pszichés, mentális, szociális komponenseinek vizsgálata került előtérbe. Ez a komplex szemlélet a fájdalom mérésének technikájának vonatkozásában is megjelent, valamint egyre gyakoribbá tette alternatív módszerek alkalmazását a fájdalom enyhítésében. Az ápoló szerepe ebben a folyamatban nélkülözhetetlen. A vizsgálat célja annak feltárása, hogy a felnőtt fekvőbeteg ellátásban dolgozó ápolók milyen eszközöket ismernek és használnak a fájdalom mérésére és csillapítására.

Módszer: A vizsgálatban 114, több intézet felnőtt fekvőbeteg osztályán dolgozó ápoló vett részt. A vizsgálat eszköze önkitöltéses kérdőív volt. Az adatok feldolgozása alapstatisztikai próbák segítségével történt.

Eredmények: A mintában résztvevők különböző felnőtt fekvőbeteg osztályokon dolgoznak, melyek mindegyikén fontos és kezelendő tünet a fájdalom. A fájdalom felmérésére használható eszközök közül az ápolók leginkább az egydimenziós, vagy kategorikus skálákat ismerik, de a válaszokból kiderült az is, hogy a gyakorlatban alig használják ezeket. Hasonló eredményeket láthatunk a fájdalomcsillapító módszerek esetében is. A válaszolók a nem gyógyszeres fájdalomcsillapító eljárásokat kis mértékben alkalmazzák. A felmérés rámutatott arra is, hogy az ápolók szívesen fejlesztenék tudásukat és sajátítanának el új technikákat.

Következtetések: Ahhoz, hogy az ápolásban fájdalom-menedzsmentről beszélhessünk, el kell érünk, hogy a gyakorló ápolók mérőeszközöket használjanak, és segítenünk kell olyan módszerek elsajátítását, mellyel hatékonyabban egészíthetnék ki a gyógyszeres terápiát.

Bevezetés

A fájdalom szemlélete a XX. században nagy változáson ment keresztül. A pusztán élettani, fiziológiás felfogás mellett egyre inkább tért hódított a szemlélet, melyben azt hangsúlyozza, hogy a fájdalomérzet fizikai, pszichés, mentális, szociális komponensekből tevődik össze, melyek egymással dinamikus kapcsolatban állnak.

A fájdalom gyógyszeres kezelése az ókorba nyúlik vissza, de a fájdalom komplexitásának vizsgálata csak a múlt században kezdődött. A szemléletváltást egyrészt a fájdalomkutatás fejlődése segítette elő, másrészt annak felismerése, hogy a fájdalom elégtelen kezelése súlyos társadalmi és gazdasági következményekkel jár.

A fájdalomnak számos kiváltó oka van, gyakorlatilag az egész szervezetet érintő folyamat. A szervezet egyéb folyamatai és funkciói alakítják, módosítják a megjelenését. A fájdalom megélését az egyén részéről több összetevő befolyásolja.

A hosszú időn keresztül fennálló, krónikus fájdalomnak káros lélektani hatásai lehetnek, beleértve a félelmet, szorongást, a csökkent önbecsülést, az interperszonális kapcsolatokban felmerülő nehézségeket. A krónikus fájdalomban szenvedő beteg gyakran nem tud dolgozni, családi és társadalmi élete megromlik és a fájdalom miatt beszűkült egyén ezen a lefelé haladó spirálon egyre erősebb szorongást, majd mélyülő depressziót élhet meg.

Az akut fájdalom kései hatásaival csupán az utóbbi 20 évben foglalkoznak tudományos vizsgálatok. Allan Gottschalk és David S. Smith írja: „a fájdalom, melyet gyakran nem megfelelően kezelnek, több mint 23 millió sebészeti beavatkozást követ és hosszan fennállhat a szövetek gyógyulását követően. Az elégtelenül kezelt fájdalom kitörölhetetlen nyomot hagy az idegrendszerben, befolyásolja a posztoperatív időszakot, és az akut fájdalom krónikussá válásával hónapok múlva is rontja a beteg életminőségét”. (1)

A fájdalommal küszködő egyén a társadalomra is nagy terheket ró. Így a fájdalom - főként a krónikus fájdalom - gazdasági és társadalmi problémákat jelent, csökkenti a beteg életminőségét, aki rendszeresen távol marad a munkából, igénybe veszi az egészségügyi és szociális szolgáltatásokat, ezáltal a biztosító és a munkáltató költségei is nőnek.

Az egyénre és a társadalomra gyakorolt hatások felismerésével megkezdődött a fájdalom-kezelés új koncepcióinak kialakítása. Az American Pain Society 1995-ben a fájdalmat az ötödik életfontosságú jelként definiálja („fifth vital sign”), és a beteg kezelését a fájdalomskálán mért értéktől teszi függővé. (2)

A szemlélet változása a fájdalom mérésének technikájában is jelentkezett. A korábbi egydimenziós fájdalomskálákat (numerikus értékelő skálák, vizualis analóg skálák, kategorikus skálák) a multidimenzionális skálák váltották fel, melyek a fájdalom erősségén kívül annak egyéb jellemzőit is magukban foglalják (pl. a fájdalom hatása a beteg életére).

Ki mérje a fájdalmat? Természetesnek tűnik a válasz, hogy az orvos és az ápoló egyaránt. Az ápoló legfontosabb önálló funkciói közé tartozik az életjelek mérése, a beteg megfigyelése. A fekvőbeteg ellátásban az ápolók műszakonként 8-12 órát töltenek a beteggel. Olyan osztályokon, ahol krónikus betegekkel foglalkoznak, a kapcsolat nem szakad meg az egy-két napos, vagy hetes kórházi tartózkodás után, hiszen a betegek visszajárnak a kezelésekre. Szoros kapcsolat alakul ki a beteggel. A betegek fájdalma szempontjából fontos az ápoló empátián alapuló viszonyulása és még ennél is fontosabb az, hogy elhiszi-e a páciense fájdalmát. Azok a betegek, akiknek fájdalmát elutasítja az ápoló, nagyobb szorongást élnek meg, nehezebben kérnek fájdalomcsillapítót, így fájdalmuk tovább áll fenn, mint akik fájdalma az egészségügyi dolgozók által „hitelesített”. (3)

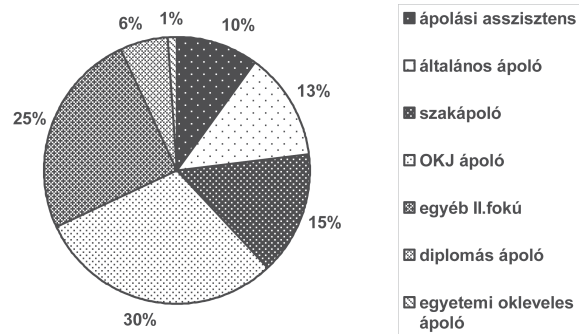
A vizsgálat célja

Vizsgálatomban arra kerestem a választ, hogy az ápolók ismerik-e a fájdalom mérésére alkalmas eszközöket, mérik-e a fájdalmat, továbbá milyen gyakran alkalmaznak nem gyógyszeres fájdalomcsillapítást, valamint, hogy milyen módszereket ismernek a nem gyógyszeres fájdalomcsillapításra.

Módszer

A vizsgálatban 114, több intézet felnőtt fekvőbeteg osztályán dolgozó ápoló vett részt. A vizsgálat eszköze önkitöltéses kérdőív volt, mely

10 zárt, és öt nyitott kérdést tartalmazott. A demográfiai adatok az életkorra, a nemre, a végzettségre és az osztály jellegére vonatkozó kérdésekből tevődtek össze. A kérdőív további kérdései a fájdalom mérésére és fájdalomcsillapításra vonatkoztak. Az adatok feldolgozása az alapstatisztikai próbák segítségével történt.

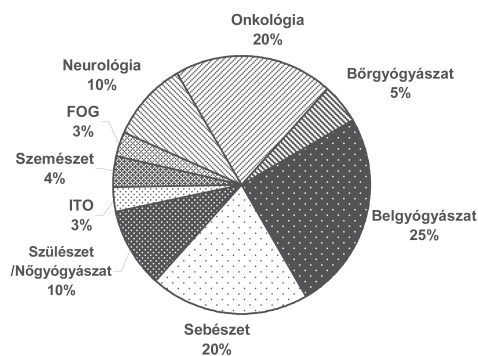


1. ábra: A minta megoszlása végzettség szerint

A megkérdezettek átlagéletkora 41,5 év volt, a mintában szereplő ápolók 97%-a nő. A végzettségeket az 1.számú ábra mutatja.

Eredmények

A mintában résztvevők különböző felnőtt fekvőbeteg osztályokon dolgoznak, melyek mindegyikén fontos és kezelendő tünet a fájdalom. Legtöbb helyen, mint pl. a sebészet, szemészet, vagy a fül-orr-gégészeti az akut fájdalom gyakori jelenléte jellemző, de az onkológián, neurológián és a belgyógyászatban a krónikus fájdalom is nagy jelentőséggel bíró ápolási probléma. (2. számú ábra)

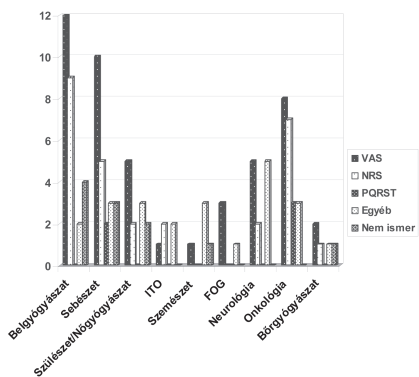


2. ábra: A vizsgált minta százalékos eloszlása fekvőbeteg osztályok között

A fájdalom felmérésére használható eszközök közül hazánkban is sokkal elterjedtebbek az egydimenziós skálák, hiszen ezek használata egyszerűbb és gyorsabb is. A vizuális analóg skála és a numerikus skála hatékonysága között próbált különbséget tenni David E. Fosnocht munkatársaival, de mind-

két eszköz egyformán megfelelőnek bizonyult és jól mérhetővé tette a betegek fájdalmát. (4) A mintában szereplő ápolók is leginkább e két módszert nevezték meg ismertként.

A PQRST kérdőív multidimenzionális skála, melyen megjelöljük a fájdalom palliatív / provokatív faktorait, minőségét, helyét, erősségét, időbeli tényezőit. A kérdőívet leggyakrabban krónikus fájdalom mérésére használják, így nem meglepő, hogy az onkológián dolgozó ápolók többsége ismeri, de öröndetes, hogy a sebészeti osztályokon is többen meg tudták nevezni. Az egyéb kategóriában a különféle fokozatú kategorikus skálákat említették. Ezek közül legtöbbször a négyfokozatú (nincs fájdalom-enyhe fájdalom-közepes erősségű fájdalom-erős fájdalom) skálát nevezték meg az ápolók. (3.számú ábra) A teljes mintát tekintve a vizuál analóg skálát 47%, a numerikus skálát 29%, PQRST kérdőívet 6%, egyéb eszközt 9% említették, és 9% saját bevallása szerint nem ismer a fájdalom mérésére alkalmas eszközt.

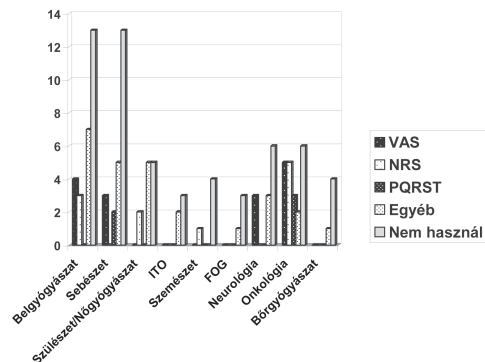


3. ábra: A megnevezett fájdalommérő eszközök osztályonként (VAS- visual analog scale; NRS- numeric rating scale)

A következő kérdés arra vonatkozott, hogy a gyakorlatban a fájdalom felmérésére melyik skálát használják az ápolók. Valamilyen kérdőívet, vagy skálát mindegyik osztályon ismernek az ápolók, mégis mindenütt elmondható, hogy a gyakorlatban alig használják a fájdalommérő eszközöket. Az ápolók 57%-a egyáltalán nem vesz igénybe semmilyen skálát a fájdalom felméréséhez, (az onkológián például, ahol vezető tünet fájdalom, az ott dolgozók 25%-a válaszolta ezt), 11% kérdezi meg a betegeket vizuál analóg, 12% numerikus skála alapján, a PQRST kérdőívet 7%, kategorikus skálákat 17% használ. (4. számú ábra)

A további kérdések a fájdalomcsillapítás módjaira vonatkoztak. A fájdalomcsillapításnak krónikus és akut fájdalom esetén is számos gyógyszeres

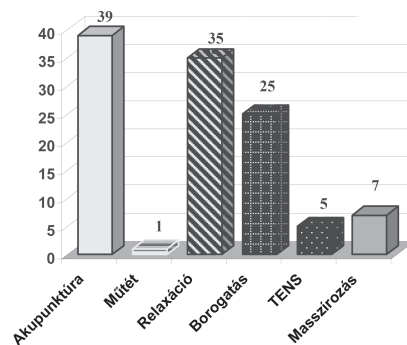
és nem gyógyszeres lehetősége van. A gyógyszeres kezelések esetén az ápoló feladata az orvos által előírt gyógyszer megfelelő alkalmazása, valamint a hatások és mellékhatások megfigyelése.



4. ábra: Az osztályokon használt fájdalommérő eszközök

A nem gyógyszeres fájdalomcsillapítás széles skálája magában foglalja a beteg komfortérzetének javítását éppen úgy, mint a pszichoterápiás módszerek alkalmazását, melynek több formáját az ápolók önálló funkcióban is gyakorolhatják.

A mintában szereplő ápolókat arra kértem, hogy nevezzék meg az általuk ismert nem gyógyszeres fájdalomcsillapító eljárásokat. (5. számú ábra) Az említett eljárások egy része, mint pl. a borogatás, vagy a masszírozás régóta használt és a házi gyógymódokból is ismert eljárás, más részük napjainkban kerül előtérbe a nyugati világban.

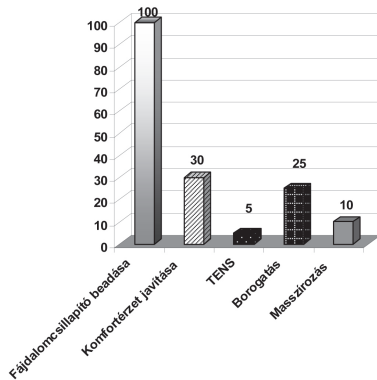


5. ábra: Az ápolók által ismert nem gyógyszeres fájdalomcsillapító eljárások

Az akupunktúra egyre nagyobb térrel rendelkezik nem csupán a fájdalomcsillapításban, de az addikciók csökkentésében, vagy fogyókúrások körében is. A relaxációs eljárások sokszínű, könnyebben és nehezebben elsajátítható eljárások, melyek főleg a stressz és a szorongás csökkentése útján érik el fájdalomcsökkentő hatásukat.

Amikor a gyakorlatban alkalmazott módszereket nevezték meg az ápolók, ezek az eljárások már nem szerepeltek a felsoroltak között.

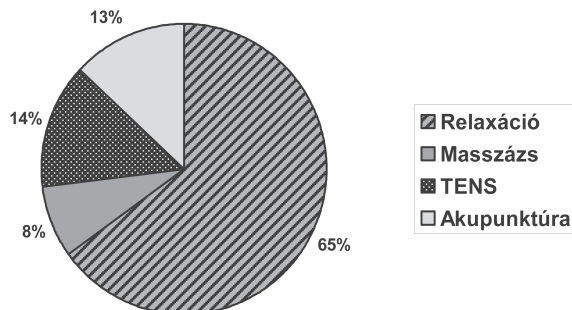
(6. számú ábra) Mindegyik ápoló megnevezi a gyógyszerbeadást. Ehhez a 100%-hoz képest is igen kevésnek tűnik a komfortérzet javítását említők aránya (30%), mely a legegyszerűbb, de hatékony és önállóan végezhető ápolói beavatkozás a beteg fájdalmának csillapítására.



6. ábra: Alkalmazott fájdalomcsillapító eljárások

A borogatáson (25%) és a masszírozáson (10%) túl 5%-ban TENS készüléket is használnak. A TENS módszer lényege az, hogy ha a gerincvelő hátsó szarvában lévő vastag idegrostokat - amelyek feladata az ingereket az agyba továbbítani - elektromos árammal ingerlik, azok ennek hatására egy ún. „telítettségi” állapotba kerülnek. Ekkor nem tudják fogadni a perifériáról érkező fájdalomingeret, és ezáltal megszűnik a fájdalomérzet. A módszer alkalmazására rendelkezésre állnak computervezérlésű, miniatürizált TENS készülékek, melyeket mintegy hatvanféle betegség, probléma kezelésére ajánlanak akár kizárólagos, akár kiegészítő terápiaként. (5)

Bár az ismert és az alkalmazott módszerek között nagy különbség fedezhető fel, a 7. számú ábrán látható, hogy az ápolók szívesen fejlesztenék tudásukat és sajátítanának el új technikákat.



7. ábra: Az ápolók által választott fájdalomcsillapító technika

Elmondható, hogy az ápolók bár ismernek a fájdalom mérésére alkalmas eszközöket, ennek ellenére csak esetlegesen alkalmazzák azokat.

A nem gyógyszeres fájdalomcsillapító eljárásokat alig veszik igénybe, és a fájdalomcsillapításban az önálló funkcióban végezhető tevékenységek alig jelennek meg.

Következtetések

A fájdalom egy fontos tünet, amely az ápolás gyakorlatának minden szakterületén előfordul. A fájdalomcsillapítást a tradicionális felfogás általában orvosi feladatnak tekinti. A fájdalom komplex kezeléséhez azonban team munkára, és jól képzett ápolókra van szükség. Ha az ápoló nem észleli, és nem tudja pontosan leírni a beteg fájdalmát, ha nem pontosan adagolja a fájdalomcsillapítót, ha annak hatását nem figyeli meg, akkor az orvos munkája sem lehet hatékony.

Az 1997-es CLIV. Tv. az egészségügyről alapján az ápoló törvénybe foglalt feladata a fájdalommal kapcsolatban a következő:

„98.§. (1)

a.) Az ápolás azoknak az ápolási, és gondozási eljárásoknak az összessége, amelynek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, a szenvedések enyhítése, a beteg emberi méltóságának a megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítésével és bevonásával;

b.) a beteg önellátó képességének helyreállítására, a betegség okozta fájdalom csökkentésére és a szenvedés enyhítésére irányul. (6)

Lényeges, hogy ne csupán a fájdalom csillapításáról, hanem annak menedzseléséről beszélhessünk. A fájdalom menedzselése nem csupán anglicizmus, vagy szóhasználatban jelentkező különbség, hanem sokkal inkább egy új szemlélet bevezetése, amely a kognitív és emocionális tényezők figyelembe vételével, multidiszciplináris szemléletben, team-munkát tesz lehetővé és követel meg a betegek érdekében.

A fájdalom menedzselése tudományosan megalapozott módszerek használatát jelenti, és további kutatásokat sürget, hiszen hazánkban még kevés vizsgálat készült az ápolók fájdalomcsillapításban játszott szerepéről. Az utóbbi évtizedekben az ápolás kénytelen a költségekkel is számolni. Tudnunk kell, mikor és mennyit költünk egy-egy jól bevált eljárásra, hiszen lehet, hogy a hagyományos eljárásoknál van költséghatékonyabb megoldás is. Az elemzéseknek a módszereink hatékonyságán túl ki kell térniük a költségelemzés területére még akkor is, ha ez néha nem tűnik humánusnak. (7)

A fájdalomcsillapítók ára eltérő, a korszerűbbek igen drágák. A szupportív technikák, melyek csökkenthetik a fájdalmat, így a relaxáció fajtái, a zeneterápia, a vezetett képzelet, és más pszichológiai beavatkozások relatíve olcsók. Ezek az eljárások részben igen időigényesek, azonban az ápolóktól speciális felkészültséget kívánnak meg. A fájdalomcsillapító kezelések jelentőségének mérlegelésénél és gyakorlati megtervezésénél ezeket az aspektusokat is figyelembe kell venni.

Az ápoló kulcsszereplő a betegek körülményeinek, szükségleteinek és személyiségének széleskörű megértésében, valamint a fájdalom adekvát kezelésében. Szemlélet hiányában mégis legtöbbször a fájdalomcsillapítás az ápoló részéről a komfortérzet biztosításán túl az orvos által elrendelt fájdalomcsillapító beadásából áll. Kevés helyen mérik a betegek fájdalmát, és az ápolók nagyon kevés alternatív terápiát alkalmaznak, és következőképpen tudnak átadni a betegnek.

Az ismeretekhez szükséges adatok feltérképezéséhez az ápoló számára számos forrás áll rendelkezésére. Az adatgyűjtés szubjektív és objektív leleteken alapul. A fájdalom és a szorongás észleléséhez, méréséhez nélkülözhetetlenek az ezeket mérő skálák, amelyek a klinikai gyakorlat hasznos eszközévé válhatnak. A mérőeszközök segítségével mérhetővé, és ezáltal értékelhetővé válik az ápoló beavatkozása is, amely az ápolási folyamat tudatosabb tervezésének feltétele. A skálák beépíthetők az ápolási dokumentációba, figyelembe véve az adminisztrációból fakadó megterhelést. Táblázatos formában elkészíthető és összeállítható a megfigyelési szempontrendszer, amely minden osztályon alkalmazható. (8)

Nagy Britanniában 1997 óta képeznek az akut és krónikus fájdalom csillapítására ápolókat. Fontos szerepük van a fájdalom és komponenseinek (szociális, spirituális, mentális, pszichés) mérésében, a betegek oktatásában és gondozásában, a relaxációs terápiák és coping mechanizmusok átadásában, tanításában. Ápolási standardokban fektették

le a különféle képzettségi szintekhez tartozó kompetenciákat. (9)

A társadalomban az egyre szélesebb ismeretszerzési lehetőségeknek köszönhetően megnőtt az igény az alternatív fájdalomcsillapító technikák alkalmazására. A kereskedelemben kaphatók TENS készülékek, melyek használatának elsajátításához nem szükséges orvosi végzettség. Gyakorlati alkalmazásukat azonban meg kell tanulni és ahhoz, hogy ez valóban hatékonyan csillapítsa a fájdalmat, szükséges hogy felkészült szakember tanítsa meg rá a beteget.

Több olyan relaxációs technika ismert, melyet jól képzett ápolók is oktathatnának. A progresszív izomrelaxációtól az autogén tréningen át a zeneterápiáig számtalan eljárás létezik, mely nem csak a betegek fájdalmának enyhítésében, de az ápolók saját lelki egészségvédelmében is hasznos szerepet tölthetne be.

A zeneterápia az ember érzéseire, érzelmeire, a zenén keresztül „kitapintható” komponensekre irányul. Ilyenkor a zene az önkifejezés, a befogadás, a kapcsolatteremtés és a fájdalomcsillapítás terén a figyelemelterelés eszköze. A receptív zeneterápia a zenehallgatáson alapul. Ilyenkor a beteg befogadó: a zene hallgatása hat rá, ezen keresztül dolgozza fel élményeit, vagy feleli el fájdalmát. E terápia egyszerűsített formáját az ápolók is alkalmazzák, pl. az Egyesült Államokban és Angliában is relaxációs módszerekkel együtt. (10)

A betegek, és különösen a krónikus betegek ellátásában meghatározó az ápoló személyisége és felkészültsége. A gondozás, a rehabilitáció folyamatában koordináló, oktató, segítő szerepe nélkülözhetetlen. Szükség van tehát olyan tudásra és technikákra, melyek bevonhatóak az ápolás gyakorlatába. Nemcsak a betegek szorongását oldhatjuk, és fájdalmát csillapíthatjuk ezzel, de költségeket is takaríthatunk meg azáltal, hogy több módon támadjuk meg a fájdalmat. Így csökkenhet az ápolási idő és a gyógyszerköltség is, de hosszú távon a rokkantsági mutatók is javulhatnak.

Irodalomjegyzék:

1. **Gottschalk A., Smith D.:** New Concepts in Acute Pain Therapy: Preemptive Analgesia. *American Family Physician* Volume 63 (10), May 15, 2001
2. **American Pain Society,** Quality of Care Committee. (1995) Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA*; 274: 23, 1874-1880.
3. **Watt-Watson J., Garfinkel, P., Gallop, R. et al.:** The Impact of Nurses' Empathic Responses on Patients' Pain Management. *Nursing Research*, Volume 49(4), July/August 2000, 191-200.

-
4. **Fosnocht DE, Dahle JM, Swanson ER:** Measuring Pain Intensity in the ED: Correlation of a Numeric Rating Scale with a Visual Analog Scale. *Academic Emergency Medicine* 2003; 10: 484
 5. **Bíró István:** A fájdalom és a transcutan elektromos ideg ingerlés-blokád. *TENS/TENB Medicina*, 1999.
 6. **1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről**
 7. **Gulácsi László:** Tudományos tényeken/bizonyítékokon alapuló ápolás 2. rész: Az ápolási tevékenység megfelelősége és mérhetősége. *Nővér*, 2000. 13. évf. 2. sz. 33-38.
 8. **Horváth A., Nagy E.:** A fájdalom menedzselésének ápolási szempontjai. *IME IV. évfolyam* 7. szám, 2005. október
 9. **Recommendations for Nursing Practice in Pain Management.** British Pain Society, 2002. http://www.britishpainsociety.org/pub_professional.htm
 10. **Evans, D.:** The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2002, 37(1), 8-18.
-

Pain management in nursing

Nagy, E.

University of Szeged Faculty of Health Sciences and Social Studies,
Department of Nursing
e-mail: nerika@etszk.u-szeged.hu

Keywords: pain, nursing, pain scale

Summary

Introduction: Since the last century, because the change in pain's view, the pain sensation's physical, psychic, mental and social components have got into forefront. This complex view came forward in the technique of the measurement of the pain, and made the application of alternative pain-alleviating methods more frequent. The nurse's role is indispensable in this process.

Objective: The aim of the research was to explore what kind of devices are known to nurses who work in adult in-patient medical departments, and are they useful for measuring the pain and its damping.

Methods: 114 nurses from various institutes' adult in-patient wards attended the research. The device of the examination was a self-filling questionnaire. The processing of the data was made using basic statistic methods.

Results: The participants of the sample are working in different adult in-patient wards in which the pain is important and treatable symptom. From the devices which can be used for measuring the pain the nurses know mostly the unidimensional and categorical scales, but the answers show that these scales are hardly used in the practice. We can see similar results from the answers about painkilling methods. The nurses rarely use non-medical pain-treating methods not taking notice that these can be made in independent function. The examination also shown that the nurses would like to develop their knowledge and acquire new techniques.

Conclusion: If we like to talk about pain management in nursing, the nurses in practice have to apply the measuring devices. We have to help the acquisition of methods which could be more effective in complementing the medical therapy.
