

Dorota ORTENBURGER

## **Z problematyki pomiaru dolorologicznego: wybrane skale oceny bólu**

### **Wprowadzenie**

Według Międzynarodowej Organizacji Badania Bólu, „ból jest to nieprzyjemne doświadczenie czuciowe i emocjonalne, związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywane jako takie uszkodzenie”. Akcent położono jak widać, na to co odczuwa, widzi i opisuje pacjent bez przesądzania o mechanizmie wywołującym ból (Muller, 1996, s.16). Do lat 70. właśnie ten subiektywizm ściśle wiązano z innym atrybutem – z niewymiernością przeżycia bólowego. Jednak w ciągu ostatnich 30 lat nastąpił wszechstronny rozwój badań nad bólem. Ich zakres obejmuje między innymi: medyczne, biologiczne i psychologiczne znaczenie bólu, konsekwencje psychosocjalne i ekonomiczne, jak też liczne uwarunkowania powstawania i utrwalania się pochorobowych zespołów bólowych, opracowywanie metod leczenia bólu i bardzo wiele innych zagadnień. Badania takie prowadzone są także w naszym kraju w między innymi w ramach działalności Polskiego Towarzystwa Badania Bólu (PTB) które koordynuje formy naukowego kontaktu pomiędzy osobami związanymi zawodowo, naukowo (również w zakresie nauk podstawowych) z różnymi aspektami problematyki bólu.

W wyniku szybkiego postępu badań nad bólem, nastąpiła istotna zmiana pojęć dotyczących nocycepcji i bólu. Ukazało się szereg publikacji opisujących fizjologię i patofizjologię bólu nocyceptorowego, określających drogę od bodźca szkodliwego (noksy) do negatywnego przeżycia zmysłowego i emocjonalnego, typy bólu, ich skutki, związki pomiędzy stanem emocjonalnym, osobowością, poziomem lęku a tym, jak ból jest przeżywany i jak przebiega ewentualne postępowanie przeciwbólowe (por. Kuś, 1996; Domżał, 2000; Pużyński, 1988).

Ból jest doznaniem tak osobistym i subiektywnym, że często niezwykle trudno jest stwierdzić lub choćby z jakimś prawdopodobieństwem określić, czy rzeczywiście drugi człowiek odczuwa ból, czy też tylko nadmiernie manifestuje on swoje dolegliwości w celu osiągnięcia pewnych korzyści, za które uznawane niekiedy bywa np. zwrócenie na siebie większej uwagi rodziny, ulgi w pracy zawodowej czy uzyskanie renty. Niejednokrotnie napotykamy ludzi, którzy mówią: „wszystko mnie boli” i wówczas pojawia się pytanie: czy naprawdę oni cierpią, czy też może – kierując się jakimiś własnymi powodami – intencjonalnie demonstrują tzw. „zachowania bólowe”, często narażając siebie na koszty a stając się utrapieniem lekarzy i pielęgniarek, jak również swojego najbliższego otoczenia. Nieraz w takim przypadku przypina się takim osobom „łatkę”, nazywając ich



„histerykami”. Dlatego też za jedną z najistotniejszych kwestii w przypadku zgłaszanych skarg na ból, staje się nie tylko ustalenie jego przyczyn, lecz także określenie jego typu, dynamiki jego zmian, uzyskanie informacji na temat stanu emocjonalnego oraz (szczególnie w przypadku osób w wieku senioralnym) sytuacji psychosocjalnej danej osoby.

## **Teoretyczny kontekst problemu diagnozowania bólu**

W świetle wielu badań natura przeżycia bólowego jest złożona i nie można rozpatrywać go jedynie w kategoriach objawu. M. Hilgier wskazuje, że wiele osób uskarża się na ból, mimo że nie towarzyszy mu obiektywnie stwierdzone uszkodzenie tkanek ani inne przyczyny patofizjologiczne (1999, s. 18). Pomimo nadal rozpowszechnionego przekonania, zrodzonego z przeświadczenia, że zwykle boli uszkodzona tkanka i że ból sygnalizuje to uszkodzenie, praktyka pokazuje, że istnieją uszkodzenia i choroby przebiegające bez bólu i bóle powstające bez uszkodzenia (por. Kuś, 1994). Wśród koncepcji w ramach których analizowany i wyjaśniany jest ten fakt, część opiera się na założeniach, których źródła należy poszukiwać w neurobiologii rozwojowej. Przykładowo: E. Kostarczyk, w dokonany przez siebie przeglądzie nad bólem w neurobiologii rozwojowej, wskazuje na fakt, że niezamierzona aktywacja układu czuciowego wraz z jej szeroko rozumianymi fizjologicznymi i endokrynnymi konsekwencjami jest możliwa zanim jego projekcje dotrą i zaczną funkcjonować w korze mózgowej (2001, s. 13). Z takiej perspektywy wyraźnie można dostrzec naukową wartość racji, zgodnie z którymi niepotraktowanie serio czy wręcz lekceważenie zgłaszanych dolegliwości bólowych może mieć dla przeżywającej je osoby różnorakie negatywne następstwa. Istnienie konkretnych (w tym sensie że mierzalnych) psychofizycznych konsekwencji bólu jest obecnie już bowiem dobrze udokumentowane empirycznie i opisane w publikacjach (między innymi: Melzack, 2000; Garczyński, 1994; Domżał, 2000; Ortenburger, 2001).

Dokonywanie odniesienia pojęcia „diagnozy” do przeżyć bólowych człowieka może wzbudzać wiele wątpliwości i rodzić pytania zarówno o charakterze etycznym, jak i metodologicznym. Właśnie te ostatnie wiążą się z filozoficznym fundamentem problemu dobrej (trafnej) diagnozy, opartej na podstawie rzetelnych i ścisłych informacji i poprawnym rozumowaniu. Pytania o źródła wiedzy, które przybrały postać sporu empiryzmu z racjonalizmem nie ominęły – zdaniem Szumowskiego – również medycyny. Jest to pytanie o źródła wiedzy. Z jakich źródeł korzystać, aby diagnoza była maksymalnie poprawna. Co decyduje o procesie stawiania diagnozy: Zmysły, rozum czy też intuicja lekarska. Jest to problem heurezy i kontekstu odkrycia. Jest to również pytanie o metody, jakie należy stosować w stawianiu diagnozy oraz o to, jak ją weryfikować. Schemat ten stanowi klasyczny układ problemów epistemologii, metodologii czy wreszcie logiki. (Szumowski, 1961, s. 336)

Zapewne nie trzeba nikogo przekonywać, że problem diagnozy (szybkiej i trafnej) ma w medycynie znaczenie zasadnicze. Metodologia diagnozy zaliczona jest do głównych kwestii metodologii medycyny. Ze względu na szczególny rodzaj pracy lekarzy, zajmowanie się chorymi ludźmi, niejednokrotnie potrzebującymi szybkiego i bezwzględnego ratunku, wymaga się od nich umiejętności bezbłędnego oceniania stanu pacjenta, przyczyn jego choroby i sposobów leczenia (Ziemska, 1973, s. 15).



Lekarze od zarania dziejów zdawali sobie sprawę z tego, że jest to ważny problem. Już w starożytnej Grecji, w pierwszych szkołach lekarskich zajmowali się diagnozą.

Słowo „diagnoza” oznacza wyróżnienie, osądzenie (gr.). We wstępnych założeniach metodologicznych definiowana jest jako, „rozpoznanie jakiegoś stanu rzeczy i tendencji rozwojowych na podstawie jego objawów, w oparciu o znajomość ogólnych prawidłowości” (Ziemski, 1973, s. 17). Jest to przykład definicji diagnozy objawowej, która traktowana jest w medycynie jako diagnoza wyjściowa, najprostsza lecz nie jedyna (być może nie najważniejsza).

Zdając sobie sprawę z istnienia wielu trudności natury epistemologicznej można, jak sądzę, wskazać odpowiednią (niewątpliwie nie jest ona jedyna) drogę służącą do diagnozowania w zakresie tego złożonego, wielowymiarowego, głęboko ludzkiego aspektu, jakim jest doznawanie bólu. Wytycza ją fakt, że mimo zdefiniowania bólu przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu (IASP), niektórzy uważają, że najlepsze jego określenie jest takie: „Ból jest to, co ludzie opisują jako swój ból” i należy zaw sze dać temu wiarę (Hilgier, 2000, s. 38).

### Wybrane skale pomiaru bólu

Zgodnie z trójstopniową drabiną analgetyczną Światowej Organizacji Zdrowia w ocenie bólu należy kierować się następującymi zaleceniami (Jarosz, Hilgier, 1997 s. 49):

- wierzyć skargom chorego,
- ocenić nasilenie bólu,
- ocenić stan psychiczny chorego,
- zapoznać się szczegółowo z przebiegiem dolegliwości,
- przeprowadzić dokładne badanie lekarskie,
- zlecić wykonanie i ocenić wyniki niezbędnych badań dodatkowych,
- rozważyć możliwość zastosowania różnych metod leczenia przeciwbólowego,
- śledzić i oceniać skuteczność zastosowanego leczenia, od chwili rozpoczęcia.

Dokonywanie samoopisu, jak najbardziej więc w tej materii uzasadnione przy dużym nasileniu bólu, napotykać może jednakże, również z oczywistych względów, na ograniczenia. W języku polskim istnieje około 100 określeń używanych do wyrażania i opisywania bólu: „rwący, szczypiący, palący, kłujący, tępy” – to tylko niektóre z nich. Według J. Pyszkowskiej semantyka zajmuje więc ważne miejsce w badaniach psychometrycznych dla oceny bólu oraz pomiaru skuteczności jego leczenia i jakości życia w chorobie (2001, s. 35).

Aby skutecznie leczyć ból i wpływać na poprawę jakości życia, podejmuje się więc kolejne próby stworzenia narzędzia jego pomiaru i jego obiektywizacji i standaryzacji. Jedną z takich metod jest wzmiankowany już samoopis. Na podstawie otrzymanych tą drogą informacji analizuje się między innymi to, jakie jest natężenie bólu i jego zmienność (w zależności np. od pory dnia), czy można ustalić miejsce, gdzie się go odczuwa, na ile wpływa on na aktywność własną, czy zakłóca sen.

W używanych do tego celu kwestionariuszach ból oceniany jest ilościowo i jakościowo, z uwzględnieniem działania czynników psychologicznych i społecznych, mających wpływ na stopień jego odczuwania. Do najczęściej używanych należy kwestionariusz Melzacka (MPQ), składający się z 78 przymiotników opisujących ból i podzielo-



nych na 4 kategorie. Posługiwanie się tym kwestionariuszem pozwala ocenić ból, zarówno pod względem sensorycznym, jak i emocjonalnym.

W literaturze przedmiotu przedstawiane są różnorodne w różnym stopniu zrealizowane i udane próby obiektywizacji badania bólu. W grupie tej znajdują się metody określane jako „obiektywne metody badania bólu”, które opierają się na założeniu, że niektóre parametry biomedyczne lub neurofizjologiczne są wykładnikami natężenia bólu (Dobrogowski, Sedlak, 1996, s. 49). Możliwa jest tu więc kontrola wartości poszczególnych wskaźników. Reprezentatywnym przykładem byłyby tu metody, które polegają na pomiarach niektórych parametrów fizjologicznych, takich jak między innymi:

1. Oddychanie – w silnym bólu badania spirometryczne wykażą znaczne spłylenie i przyspieszenie oddechu.
2. Badanie gazometryczne krwi tętniczej – obniżenie prężności tlenu.
3. Określenie częstości akcji serca, ciśnienia tętniczego krwi – podwyższenie wartości.
4. Określenie stężenia tzw. hormonów stresowych, czyli katecholamin.

W powyżej wymienionych przypadkach informacyjne znaczenie mają zarejestrowane zmiany w wartości odpowiednich wskaźników i ich kliniczna interpretacja, w której oprócz natężenia bodźców nocycyptywnych mają znaczenie także różnorakie czynniki, takie jak między innymi dominujące zaburzenia psychosomatyczne, sprawność układu immunologicznego, lub nawet wiek oraz płeć.

Powyżej zasygnalizowane metody, opierające się na ocenie powyżej wymienionych fizjologicznych parametrów uważane są za skuteczne głównie w odniesieniu do typu bólu określanego (zamiennie) najczęściej jako ostry, informujący, fizjologiczny, ostrzegawczy. Podkreślenie tej odrębności w stosunku do bólu określanego jako przewlekły jest zasadne, ponieważ oba te wyodrębniane i diagnozowane typy mają swoje charakterystyczne odróżniające je cechy. Odmienny charakter bólu ostrego oraz bólu przewlekłego implikuje zastosowanie różnych metod w diagnozowaniu i leczeniu bólu. Bardzo istotne konsekwencje tych różnic w tym artykule są jedynie zasygnalizowane – stanowią one przedmiot odrębnego opracowania (Ortenburger, 2001).

Badacze wskazują, że dokonując diagnozy w zakresie bólu należy pamiętać o następujących zasadach (Dobrogowski, Sedlak, 1996, s. 49–50):

1. pomiar bólu to nie tylko wysłuchanie skargi chorego,
2. istnieje różnica między doznaniem bólu, zachowaniem bólowym a słownym opisem bólu,
3. rzetelny pomiar bólu jest zawsze związany z wykorzystaniem więcej niż jednego narzędzia pomiaru,
4. na wynik pomiaru zawsze wpływa stan emocjonalny, stopień aktywności i sytuacja życiowa chorego.

Spoglądając na powyższy zestaw elementów wpływających na ostateczną postać i utrwalanie doznań bólowych widać, że ilość ta raczej nie sprzyja ich łatwej obiektywizacji i pomiarowi a szczególnie określaniu ich tendencji rozwojowej. Dokonanie więc trafnej charakterystyki intraindywidualnych parametrów bólu, czyli między innymi intensywności, uporczywości, i podatności na leczenie oraz parametrów interindywidualnych, częstotliwości w danej grupie osób, ze zrozumiałych względów napotyka na wiele trudności.

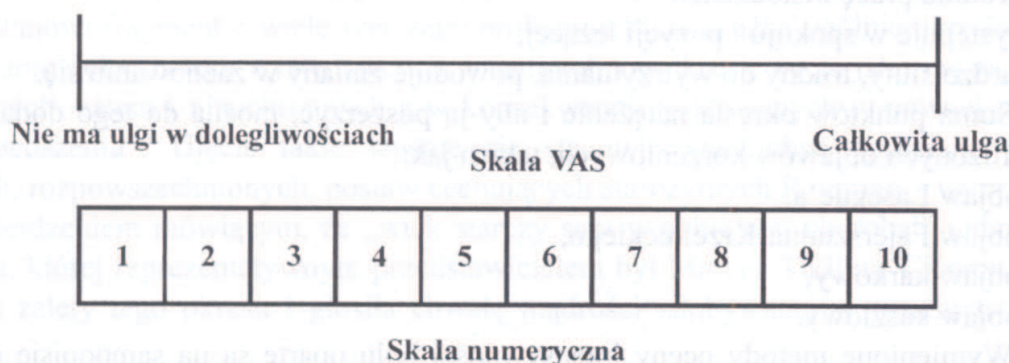
Zauważalne w diagnozowaniu zjawisk nocycyptywnych jest podejście zgodne z opisywaną w „Uwagach do epistemologii lekarskiego poznania zmysłowego” istnieją-



cą tendencją do obiektywizacji kategorii pomiaru wymuszającego dominację jednego zmysłu nad innymi. H. Wulff wskazuje, że dziś jesteśmy świadkami dominacji jednego zmysłu – zmysłu wzroku, na którego skale pomiaru przekłada się wrażenia innych zmysłów. Jednym słowem lepiej się słyszy szmer skurczowy serca, jeżeli lekarz widzi zapis fonokardiogramu; lepiej słyszy się szmer oskrzelowy, jeżeli lekarz widzi zdjęcie radiologiczne (1993, s. 34, za: Barański, 2000, s. 23).

Najczęściej stosowane i wygodne (ze względu na swą prostotę) są skale: wzrokowo-analogowa (VAS Visual Analog Scale) i numeryczna (liczbowa). Określenie bólu polega na zaznaczeniu przez chorego stopnia swojego bólu na 10-cio centymetrowej linii (używa się do tego celu linijek z suwakiem) lub „przyporządkowaniu” swojego bólu cyfrom od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, zaś 10 najsilniejszy ból, jaki sobie pacjent jest w stanie wyobrazić.

J. Dobrogowski i K. Sedlak jednak zwracają uwagę na pewne istniejące ograniczenie w stosowaniu skali wzrokowo-analogowej, polegające na tym, że ok. 7–11% pacjentów nie jest w stanie wybrać zgodnego z ich odczuciami punktu na linii i uważają skalę za nadmiernie skomplikowaną. Autorzy ci przedstawili rozwiązanie tego problemu, proponując, aby zamiast wartości charakteryzujących nasilenie bólu umieszczać określenia opisujące różne stopnie poprawy stanu zdrowia, na kontinuum którego krańcowo odległe określenia to: „nie ma ulgi w dolegliwościach”, aż do: „całkowita ulga”.



**Schemat 1.** Skale oceny bólu, wg J. Dobrogowski, K. Wordliczek, Ocena kliniczna bólu, [w:] *Ból i jego leczenie...*, s. 47

Uważa się, że wartości 3 i poniżej świadczą o małym natężeniu bólu i osiągnięcie takiego stanu winno stać się celem nadrzędnym w terapii bólu. Skale te mają również i tę zaletę, że można je stosować praktycznie nawet u 6-letnich dzieci.

Więcej trudności wiąże się z dokonywaniem pomiaru u młodszych dzieci. Gdzieś niedługo jeszcze do dziś uważa się (niezgodnie ze stanem dzisiejszej wiedzy), że ostrym bólem u dzieci nie trzeba się zbytnio przejmować. Można ten fakt wytłumaczyć tym, że jeszcze nie tak dawno, tj. 25–30 lat temu w literaturze można było napotkać informację mówiącą, że małe dzieci nie wymagają leczenia bólu, albowiem dobrze go tolerują. Dopiero prace Ananda, pokazały, że dziecko już w życiu płodowym zaczyna odczuwać ból. W okresie postnatalnym czas pomiędzy 6. miesiącem a 3. rokiem życia uznawany



jest za okres największej wrażliwości na ból. Ponadto dziecko w tym czasie nie rozumie sytuacji, w wyniku której doznaje cierpienia, które może być również bardziej dotkliwie, gdy jest nasilone przez lęk oraz rozłąkę z rodzicami. Dlatego też u małych dzieci, chcąc leczyć ból, należy kierować się głównie wszechstronnie prowadzoną obserwacją. Przedmiotem obserwacji powinny stać się nie tylko zachowania dziecka (płacz, krzyk, pobudzenie lub wręcz odwrotnie, apatia czy smutek), lecz również zauważalne zmiany w funkcjonowaniu układu oddechowego (szybki, płytki oddech) i krążenia (przyspieszenie akcji serca, nadciśnienie). U nieco starszych dzieci zastosowanie znajduje skala obrazkowa (śmiejące lub płaczące buzie) lub narysowanie przez dziecko obrazka, na którym przedstawia ono swój ból (Ready, Edwards, 1995, s. 98.).

W literaturze przedmiotu opisywanych jest wiele skal, różniących się kryteriami dokonywania oceny. Dla oceny wpływu bólu na sprawność chorego opracowano różnorodne skale, które są zwykle częścią składową wieloczynnikowych kwestionariuszy. Są one do jego specyfiki. Przykładem może być prosta, przydatna do praktycznego stosowania skala skonstruowana przez T. Domżała, która ocenia natężenie bólu w rwie kulszowej na podstawie zachowania się pacjenta i liczby przejawianych tzw. objawów korzeniowych (Zaleska, 1996, s. 69).

#### **Skala Domżała:**

- 0 „ bez bólu,
- 1 „ nie przeszkadza w pracy i chodzeniu,
- 2 „ utrudnia pracę i chodzenie,
- 3 „ występuje w spokoju i pozycji leżącej,
- 4 „ bardzo silny, trudny do wytrzymania, powoduje zmiany w zachowaniu się.

Suma punktów określa natężenie i aby ją poszerzyć, można do tego dodać liczbę stwierdzonych objawów korzeniowych, takich jak:

- objaw Lasegue'a,
- objaw Fajersztajna-Krzemickiego,
- objaw karkowy,
- objaw kaszlowy.

Wymienione metody oceny intensywności bólu oparte są na samoopisie dokonanym przez pacjenta oraz obserwacji zachowania chorego. Ból można również oceniać na podstawie częstości korzystania z wizyt lekarskich, liczby zapisywanych i przyjmowanych środków przeciwbólowych, ich dawki w ciągu doby lub całego epizodu bólowego.

## **Reprezentatywne trudności w diagnozowaniu i ustalaniu częstości zespołów bólowych**

Pomimo że zostały już opracowane różne metody badania bólu i jego uwarunkowań, nadal toczą się w literaturze przedmiotu dyskusje nad ich wartością diagnostyczną i przeważa pogląd, że diagnozowanie w zakresie nocycypcji nadal jednak stanowi otwartą kwestię. Wyrazem tego są opublikowane już informacje o trudnościach w ocenie częstotliwości, z jaką występują poszczególne zespoły bólowe. Świadczą o tym wyniki badań, których reprezentatywnym przykładem są doniesienia wskazujące na występowanie rozbieżności w ocenie częstości zespołu bólu po mastektomii (w skrócie: ZBPM). W tym przypadku rozbieżność wyników podawanych przez różnych autorów wynosi



kilkadziesiąt procent. Istnieją zarówno dane mówiące, że wśród kobiet po zabiegu usunięcia piersi zespół bólowy występuje rzadko, tzn. u niewielkiego odsetka oraz zupełnie inne dane wskazujące na występowanie tego zespołu bólowego aż u 30% operowanych kobiet.

Zespół bólowy po mastektomii jest stanem bólu neuropatycznego rozwijającego się w obrębie barku, jamy pachowej i ramienia, odczuwanym jako ból kłujący, szarpiący i, co u wielu osób, ogranicza codzienną aktywność. Badania przeprowadzone przez W. Carins, S. Smith, J. Squair, D. Philips, A. Chambers (2000, s. 29) pokazały, że ból ten jest częstszy niż uważano do tej pory. Ponadto stwierdzono istotny wpływ wieku operowanych kobiet na jego częstotliwość występowania. Młodsze kobiety mogą być bardziej zaniepokojone chorobą i w związku z tym mogą mieć obniżony próg bólu (tamże, s. 34).

Wiek jako swoista zmienna, pośrednicząca w powstawaniu zespołów bólowych oraz ich rozpoznawaniu pełni istotną rolę także w przypadku osób w wieku podeszłym. Zdaniem T. Domżała niewiele prac poświęca się problemowi bólu wieku podeszłego. Autor ten podaje konkretne liczby, wskazując, że na 4 000 wydawanych rocznie publikacji poświęconych tematyce bólu jedynie mniej niż 1% z nich dotyczy występowania i uwarunkowań bólu u osób w wieku powyżej 60 lat, ukazując tym samym brak należytego rozeznania i ustalonej odrębności tego problemu. Tymczasem bólowi występującemu w tym okresie, czyli po 65 roku życia można przypisać specyficzne cechy kliniczne. (Domżał, 2000, s. 12–16). Wydaje się jednak, że powyżej zasygnalizowane zagadnienie stanowi fragment o wiele szerszego problemu, który można ogólnie określić jako traktowanie dolegliwości występujących w senioralnym okresie życia jako najzupełniej naturalnych, zatem i nieuchronnych a w konsekwencji traktowanych w pewnej mierze „po macoszemu”. Ujęcie takie wydaje się stanowić niechlubną spuściznę jednej z dwóch, rozpowszechnionych, postaw cechujących starożytnych Rzymian – wyrażającą się stwierdzeniem mówiącym, że „wiek starczy sam w sobie jest chorobą”. Odmienna postawa, której reprezentatywnym przedstawicielem był Marcus Tulliusz Ciceron, podkreślała zalety tego okresu i głosiła chwałę mądrości zdobywanej w ostatnich latach życia.

W odniesieniu do problemu występowania bólu przewlekłego w populacji osób starszych, szczególnie po 60 roku, oprócz roli czynników biologicznych, szczególnego znaczenia nabierają elementy kontekstu psychospołecznego. Do nich można zaliczyć, wskazywane przez Teofana Domżała, odgrywające istotną rolę czynniki psychologiczne, wśród których na pierwszym miejscu znajduje się osamotnienie i depresja. Należy tu również wymienić wdowieństwo oraz ilość doznanych w ciągu życia urazów. Zespoły bólowe wyraźnie częstsze są u kobiet oraz u osób z niskim wykształceniem. Przywołany autor, dokonując przeglądu typowych zespołów bólowych, podsumowuje swoje rozważania, wskazując między innymi na fakt, że ból występujący w wieku podeszłym stanowi jednak odrębny problem, oraz że posiada odmiennie cechy kliniczne a zatem zarówno diagnozowanie, jak i leczenie bólu w tym czasie wymagają nie tylko uwagi, lecz również znajomości specyfiki tego okresu życia (Domżał, 2000, s. 16).

Z perspektywy rozważań prowadzonych nad problemem skutecznego oraz etycznego pomiaru bólu czy szerzej badania zjawisk nocycyptywnych i ich konsekwencji warto przywołać badania Marka Graczyńskiego, który, analizując sytuację panującą w naszych szpitalach stwierdził, że w bardzo wielu z nich jakoś postępowania przeciwbólowego



pozostawia wiele do życzenia. Według autora przejawia się to najczęściej zaniżaniem dawek leków przeciwbólowych, ich ograniczaniem (zgodnie z zasadą „to normalne, że po operacji boli”), niewłaściwym stosowaniem (np. podawanie leku domięśniowo, zamiast dożylnie przez założony wenflon, czy wręcz niewłaściwym wyborem i niezajomością farmakokinetyki leku przeciwbólowego (Graczyński, 1994, s. 38). Przedstawione rezultaty badań przemawiają za celowością częstszego niż dotychczas stosowania skal bólu lub innych metod jego kontroli, które to działania z jednej strony może nadawałyby formalnie większą rangę temu przeżyciu, a z drugiej możliwie najpełniej pozwalałyby odzwierciedlić i utwalić przebieg dotychczasowo prowadzonej terapii przeciwbólowej.

Prowadzenie doraźnych, epizodycznych badań w przypadku występowania bólu przewlekłego, czyli bólu trwającego ponad 3 miesiące<sup>1</sup>, nie jest uważane za skuteczną metodę kontroli bólu i jego następstw. W wielu przypadkach, swoistym powikłaniem i zarazem dominującym objawem staje się depresja, doprowadzająca nierzadko do targnięcia się chorego na swoje życie. W takich wypadkach jedynie leczenie interdyscyplinarne, z pomocą psychologa i psychiatry, pomoże należycie ocenić pacjenta i zapobiec w porę nieszczęściu, zwłaszcza że czasami, troskliwe otaczanie chorego opieką, zwolnienie go z obowiązków domowych czy zawodowych, może dawać zupełnie odwrotny efekt i powodować „wzmocnienie” doznań bólowych. Oddziaływanie środowiskowe może mieć wpływ na cały zespół „zachowań bólowych”, takich jak: wygląd, grymasy twarzy, opisywanie swojego bólu. Innymi słowy, powodują one, że chory niejako uczy się swoich zachowań. (Sedlak, 1996 s. 44).

## Podsumowanie

Podsumowując, można stwierdzić, że skale stanowią cenne i proste w stosowaniu narzędzie przydatne w ocenie parametrów nocyceptywnych, czyli w pomiarze między innymi intensywności oraz uporczywości (trwania pomimo wdrożenia postępowania przeciwbólowego) bólu. Niewątpliwie na ich wartość składa się również możliwość dokonywania oceny skuteczności już wprowadzonej terapii bólu, dlatego choć wiele wskazuje na to, że nie zawsze są wystarczająco trafne, winny być one rutynowo stosowane u pacjentów oddziałów chirurgicznych, onkologicznych czy poradni leczenia bólu, a ich wartości odnotowywane w karcie obserwacji chorego, na równi z temperaturą czy ciśnieniem krwi. To pozwoliłoby na lepszą analizę prowadzonej terapii i w efekcie miałyby, oprócz wymiaru humanitarnego, wymiar ekonomiczny, ponieważ jak pokazuje praktyka oraz dane w literaturze, człowiek, którego nie boli, zazwyczaj szybciej wraca do zdrowia niż osoba, której ból przysparza cierpienie, rzadsze są powikłania, np. zapalenie płuc i w efekcie krótszy jest pobyt w szpitalu.

Niejednokrotnie od pielęgniarek czy lekarzy słyszane przez pacjentów odczuwających intensywny, wzmagającym lęk bóle stwierdzenia: „na razie musi boleć, to normalne po operacji”, dowodzą – jak sądzę – tylko aktualności starej prawdy, że ból, który najlepiej tolerujemy, to ból u innych osób. Sformułowania typu „na razie musi boleć” świadczą niestety niejednokrotnie również o braku kompetencji wypowiadających te słowa.

<sup>1</sup> Zgodnie z ustaleniami IASP do zdiagnozowania bólu jako ostrego lub przewlekłego nie zawsze wystarczające jest kryterium 3-miesięcznego trwania bólu. Celowe jest włączenie jeszcze innych kryteriów między innymi cech klinicznych bólu przewlekłego.



David Kessler zwraca uwagę na fakt, że jeżeli pacjent jest jednocześnie obolały i przestraszony, lekarze starają się podawać mu mniej leków albo próbują środków uspokajających w celu usunięcia lęku. Mogą sprzeciwiać się podawaniu dalszych leków, niezależnie od tego, ile ich pacjent potrzebuje albo pomniejszać jego ból, sądząc, że problem jest natury emocjonalnej, a nie fizycznej.

Reasumując można powiedzieć, że obecnie wraz z rozwojem wiedzy w dziedzinie problematyki bólu, intensywnie prowadzone są różnorodne próby obiektywizacji w jego diagnozowaniu, oraz, że choć opracowanych zostało już kilka typów skal, to nadal bez odpowiedzi pozostaje wiele pytań. Istnieją merytoryczne uzasadnione przesłanki wskazujące na potrzebę interdyscyplinarnego podejścia w rozwiązywaniu trudności z zakresu badania bólu, jego psychologicznych, medycznych, psychosocjalnych uwarunkowań. Przemawia za tym między innymi zmysłowo-emocjonalno-poznawcza natura bólu. Nie zawsze bowiem, jak pokazują dane w literaturze, zastosowanie pomiaru względem tak złożonego zjawiska, jakim jest ból przynosi trafne wyniki. Jak zapewne i w wielu innych badanych przez lekarzy czy psychologów sferach wielowymiarowość i zmienność analizowanego zjawiska może powodować, że łatwo o otrzymanie fałszywej obiektywizacji. Jako zakończenie, wobec złożoności omawianego tu problemu odpowiednie wydają się przywołane i przytoczone poniżej słowa Thomasa Nagela:

„Zarówno za zasadnością, jak i za ułomnością obiektywności kryje się następująca podstawowa idea: jesteśmy małymi istotami, żyjącymi w wielkim świecie, który rozumiemy tylko w drobnej części, a nasze poglądy zależą zarówno od świata, jak od naszej konstrukcji. [...] nasze rozumienie wzniesie się na wyższy poziom dopiero wtedy, gdy zbadamy relacje pomiędzy nami a światem, odpowiadające za nasze dotychczasowe opinie, i utworzymy nową koncepcję, w której spojrzymy z większym dystansem na samych siebie, świat i związki pomiędzy nami a światem” (1997, s. 9).

## Bibliografia

- Barański, J. (2000), Uwagi do epistemologii lekarskiego poznania zmysłowego. [w:] Miszczyński, R. (Red.). *Prace Naukowe Filozofia II*. Częstochowa: WSP.
- Dobrogowski, J., Sedlak, K. (1996), Ocena kliniczna chorego z bólem przewlekłym. [w:] Dobrogowski, J., Kuś, M., Sedlak, K., Wordliczek, J., *Ból i jego leczenie*. Warszawa: Spinger, PWN.
- Dobrogowski, J. (1996), Czynniki psychologiczne a odczuwanie bólu. [w:] Dobrogowski, J., Kuś, M., Sedlak, K., Wordliczek, J., *Ból i jego leczenie*. Warszawa: Spinger, PWN.
- Carins, C., Smith, S., Bourne, Di., Squair, J., Philips, D., Chambers, A. (2000), Zespół po mastektomii – retrospektywne badania kohortowe. *Ból*, t. 1, nr 2, s. 29.
- Domżał, T. (2000), *Neurologiczne zespoły bólowe*. *Ból*, t. 1, nr 2.
- Hilgier, M. (2000), Historia leczenia bólu przewlekłego w Polsce. *Śłużba Zdrowia*, nr 38–39.
- Kessler, D. (1999), *Śmierć jest częścią życia. O Prawo dogodnego umierania*. Warszawa. Świat Książki.
- Kuś, M. (1994), Farmakologiczne leczenie bólu pooperacyjnego. [w:] Jastrzębski, J., (Red.), *Anestezjologia i intensywne leczenie lat 90-tych*. Materiały konferencyjne. Popowo.
- Melzack, R. (2000), Od teorii bramki do macierzy neuronalnej. *Ból*, t. 1, nr 1.



- Muller, A. (1998), Fizjologia bólu, [w:] Saint „Maurice, C., Saint-Maurice, C., Muller, A, Meynadier, J. (1998), *Ból, diagnostyka, leczenie prewencja*, Gebethner i S-ka, Warszawa.
- Saint-Maurice, C., Muller, A, Meynadier, J. (1998), *Ból, diagnostyka, leczenie prewencja*, Gebethner i S-ka, Warszawa.
- Nagel, T. (1997), *Widok znikąd*. Warszawa: Biblioteka Aletheia.
- Ortenburger, D. (2001), *Psychofizjologiczne uwarunkowania bólu i jego leczenie*. Częstochowa: WSP.
- Pużyński, S. (1988), *Depresje*. Warszawa: PZWL.
- Ready, B., Edwards, W. (1995), Praktyczny przewodnik postępowania w ostrym bólu. *Medycyna Praktyczna*, nr 3.
- Szumowski, W. (1961), *Historia medycyny*. Warszawa: PWN.
- Zaleska, B. (1996), Metody badania bólu. [w:] Domżał, T. (Red.), *Ból – podstawowy objaw w medycynie*. Warszawa: PZWL.
- Ziemski, S. (1973), *Problemy dobrej diagnozy*. Warszawa: PWN.

Dorota ORTENBURGER

## Diagnosics and Psychological Assessment of the Postoperative Pain – application of analog-visual scale

### Summary

The experience of pain is as old as recorded history. The ways in which people conceptualize and treat pain have varied, however, across space and time. Pain, like other signals from the organism, up till 1950's was considered mainly as a symptom having an informative, warning meaning for the human organism, that is, having some cognitive value as an unpleasant, but rather harmless phenomenon. In the light of later research studies initiated by Anand, Melzack and Bonica, pain is not just a symptom, but it also constitutes a pathological state. In certain group of people (who have a low threshold of pain feel) it can be a harmful factor, decreasing immunity of the organism and worsening the course of treatment.