

Grażyna Bączyk, Marzena Ochmańska, Sabina Stępień

Pracownia Praktyki Pielęgniarskiej, Katedra Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

S ubiektywna ocena jakości opieki pielęgniarstwa w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie

Subjective assessment of nursing care quality in range of postoperative pain in surgery patients

STRESZCZENIE

Wstęp. W wyniku zmian zachodzących w systemie opieki zdrowotnej, istnieje coraz większa potrzeba podnoszenia jakości świadczonych usług medycznych. Sprawowana opieka nad pacjentem powinna opierać się na opracowanych i wdrażanych w proces pielęgnowania standardach. Pacjent bezpośrednio po zabiegu odczuwa lęk przed możliwością wystąpienia bólu, który jest w tym czasie nieunikniony. Bardzo ważną rolę w postępowaniu przeciwbólowym po zabiegu chirurgicznym przypisuje się pielęgniarce.

Cel pracy. Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarstwa w zależności od natężenia bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie.

Material i metody. Badania przeprowadzono w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urazowej Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Świebodzinie, w okresie od marca do grudnia 2006 roku, przy użyciu Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym. Badaniem objęto 100 osób.

Wyniki i wnioski. W badaniach wykazano, że jakość sprawowanej opieki pielęgniarstwa była na średnim poziomie. Pacjenci uznali zastosowane metody leczenia bólu pooperacyjnego za skuteczne i ocenili je bardzo wysoko. Najwyższe oceny uzyskiwały obszary dotyczące zaufania i środowiska.

Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (3): 173–177

Słowa kluczowe: ból pooperacyjny, jakość opieki, satysfakcja, Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym

ABSTRACT

Introduction. As a result of changes in the health care system, there is a need for increase of quality of medical services. Taking care of patient should be based of worked-out standards that were implemented during nursing process. At the time just after surgery, all thoughts are connected to the possibility of pain which at this time is inevitable. Very important role in pain-killing procedure after surgery, is played by a nurse.

Aim. Subjective assessment of nursing care quality depending on intensity of postoperative pain in surgery patients.

Material and methods. The examination were conducted in general and trauma surgery division which was a part of Independent Institution of Public Care in Świebodzin at the time between March and December 2006 with a use of Scale of Clinical Indicators for Quality of Postoperative Pain Management. The examined population involved 100 people.

Results and conclusions. The examination showed, that the quality of nursing care was at the average level. The patients have considered applied methods of postoperative pain management as efficient and evaluated them very highly. The highest assessment was obtained in the field of trust and environment.

Nursing Topics 2009; 17 (3): 173–177

Key words: post-operative pain, quality of care, satisfaction, Clinical Quality Indicators of Postoperative Pain Management Scale

Adres do korespondencji: mgr Marzena Ochmańska, Pracownia Praktyki Pielęgniarskiej, Katedra Pielęgniarstwa, Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Smoluchowskiego 11, 60–179 Poznań, tel.: 609 402 374, e-mail: marzenaponiedzialek@wp.pl

Wstęp

Definicja bólu według Międzynarodowego Towarzystwa Badań Bólu mówi, że: „jest to subiektywne, nieprzyjemne wrażenie zmysłowe i emocjonalne powstające pod wpływem bodźców uszkodzających tkankę lub zagrażających ich uszkodzeniem albo opisywane jako takie uszkodzenie”.

Według definicji ból, będąc subiektywnym odczuciem, jest przeżywany indywidualnie i nie ma żadnych granic dla tego zjawiska. Dlatego, jeżeli chory skarży się na dolegliwości bólowe, a przy tym nie posiada wykładników procesu chorobowego, nie należy jego odczuć bagatelizować. Ból dotyczy zarówno sfery somatycznej, jak i psychicznej człowieka oraz jego duszy. Jest to zjawisko emocjonalne, którego nie można w żaden sposób zmierzyć [1].

Zabieg chirurgiczny wiąże się z nieprzyjemnymi doznaniem fizycznymi i psychicznymi. Jednym z najbardziej dominujących negatywnych odczuć dotyczących okresu zarówno przed operacją, jak i po zabiegu jest występowanie bólu.

Ból pooperacyjny uwarunkowany jest nie tylko obecnością rany pooperacyjnej, ale również szeregiem czynników podmiotowych (na przykład profil psychologiczny pacjenta, uprzednie doświadczenia związane z bólem, czynniki kulturowe) i środowiskowych (na przykład warunki hospitalizacji). Skuteczne zwalczanie bólu pooperacyjnego powinno mieć zatem charakter wielowymiarowy. Poza właściwym postępowaniem farmakologicznym, dużą wagę przywiązuje się do takich aspektów, jak: zapewnienie komfortu snu i wypoczynku, stworzenie atmosfery zaufania do personelu, doskonalenie kompetencji i wiedzy zespołu leczącego na temat bólu.

W postępowaniu pielęgnacyjnym dotyczącym pacjenta po zabiegu operacyjnym, nie można pominąć jakości opieki, którą należy zapewnić na jak najwyższym poziomie. Kluczowym elementem prawidłowo prowadzonego leczenia pooperacyjnego jest skuteczna terapia przeciwbólowa. Pacjenci wiedzą, jakiej opieki pielęgniarstwa mogą się domagać i oczekiwać w trakcie hospitalizacji. Jakość świadczonych usług ma duży wpływ na wynik osobistej oceny pacjenta postępowania pielęgniarstwa [2–4].

Cel pracy

Celem ogólnym pracy jest subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarstwa w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. Ocena jakości opieki pielęgniarstwa dotyczy komunikowania się, działań pielęgniarstwa, zaufania oraz środowiska (oddziału). Cele szczegółowe sformułowano w postaci pytań:

1. Jak badani oceniają opiekę pielęgniarstwa w poszczególnych podskalach zastosowanej Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym?

2. Jak jest natężenie bólu pooperacyjnego u chorych po zabiegu operacyjnym?

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 100 chorych w wieku od 21 do 80 lat, w tym pacjenci w wieku 21 do 40 lat to 33% badanych, 48% badanych była w wieku od 41 do 60 lat, natomiast chorzy w wieku 61 do 80 lat stanowili 19% badanych. Ponad połowa respondentów to kobiety. Cholecysektomię laparoskopową wykonano u 33 ankietowanych (w tym u 21 kobiet), natomiast cholecysektomię metodą klasyczną zastosowano u 34 chorych (w tym u 23 kobiet). Ponadto u 33 pacjentów wykonano operacyjne zespolenie odłamów kończyn dolnych po złamaniach (w grupie tej było 13 kobiet). Badania przeprowadzono w okresie od marca do grudnia 2006 roku w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urazowej SP ZOZ w Świebodzinie. Chorzy oceniali jakość opieki pielęgniarstwa w 1. dobie po zabiegu.

Do pomiaru subiektywnej oceny jakości opieki pielęgniarstwa, w zależności od natężenia bólu pooperacyjnego, wykorzystano polską wersję Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym [4]. Szwedzka wersja tej skali została opracowana przez Idvall i wsp. [5], natomiast adaptacją kulturową i określeniem właściwości psychometrycznych tej skali zajmuje się Jaracz i wsp. [4]. Skala ta pozwala ocenić jakość opieki pielęgniarstwa w poszczególnych podskalach: komunikowanie się, działanie, zaufanie, środowisko oraz ogólne zadowolenie z uśmierzenia bólu pooperacyjnego. Ponadto można w ten sposób ocenić aktualne nasilenie bólu po zabiegu oraz najsilniejsze i najłagodniejsze natężenie bólu w okresie pooperacyjnym. W tabeli 1. przedstawiono wyżej wymienione podskale, poszczególne stwierdzenia oraz zakresy punktów. Badani dokonują oceny według 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 punkt oznacza „zdecydowanie nie zgadzam się”, natomiast 5 punktów — oznacza „zdecydowanie zgadzam się”.

Zgodnie z założeniami autorów skali, wysokiemu poziomowi opieki pielęgniarstwa odpowiada uzyskanie przynajmniej 4,5 punktu w poszczególnych stwierdzeniach należących do podskal. Jeżeli punktacja jest niższa niż 4,5 uważa się, że poziom opieki pielęgniarstwa w zakresie danego aspektu odbiega od pożądanego i powinien ulec poprawie. Podobnie, jeśli badany dokona oceny opieki pielęgniarstwa poprzez przyznanie 1 lub 2 punktów w zakresie danego stwierdzenia, świadczy to o niewłaściwej jakości opieki. Ogólna ocena jakości opieki pielęgniarstwa zawiera się w zakresie od 14 do 70 punktów, przy czym minimalny wynik, świadczący o właściwym poziomie opieki pielęgniarstwa nie powinien wynosić mniej niż 63 punkty. Ponadto dla podskal: komunikowanie się i środowisko, punktacja świadcząca o właściwym poziomie opieki pielęgniar-

Tabela 1. Ocena jakości opieki pielęgniarstwa w zakresie bólu pooperacyjnego według Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym**Table 1.** Assessment of nursing care quality versus intensity of postoperative pain according to the scale of Clinical Quality Indicators of Postoperative Pain Management

Nr pytania	Podskale	Liczba i odsetek badanych, którzy dokonali negatywnej oceny	Średnie (odchylenie standardowe) N = 100
Komunikowanie (zakres podskali 3–15)			13,16 (±2,10)
1.	Przed operacją zostałem poinformowany o sposobie leczenia bólu, jaki będzie mi zaoferowany po zabiegu	24 (24)	3,69 (± 1,56)
11.	Kiedy pielęgniarki przychodzą na dyżur, wiedzą wszystko na temat mojego bólu i sposobu, w jaki był leczony	3 (3)	4,79 (± 0,64)
14.	Pielęgniarki i lekarze współpracują w leczeniu mojego bólu	3 (3)	4,68 (± 0,79)
Działanie (zakres podskali 4–20)			15,05 (± 4,11)
2.	Po operacji rozmawiałem z pielęgniarką o tym, jak chciałbym, aby mój ból był uśmierzany	25 (25)	3,65 (± 1,53)
3.	Otrzymałem pomoc w znalezieniu wygodnej pozycji w łóżku, która pozwoliła mi uniknąć bólu lub zmniejszyła dolegliwości	14 (14)	4,23 (± 1,32)
6.	Personel pytał mnie, czy nie mam dolegliwości bólowych, gdy zauważał, że byłem niespokojny, głęboko oddychałem, zmieniałem pozycje	10 (10)	4,43 (± 1,13)
7.	Członkowie personelu prosili o określenie w skali od 1 do 10 (lub zaznaczenie na linii prostej) poziomu bólu co najmniej raz rano, wieczorem, w południe	54 (54)	2,74 (± 1,73)
Zaufanie (zakres podskali 4–20)			18,99 (± 1,86)
5.	Nawet jeśli nie zawsze o to prosiłem, otrzymywałem środki przeciwbólowe	11 (11)	4,44 (± 1,13)

cd. →

cd. ze s. 175

8.	Pielęgniarki pomagały mi w uśmierzeniu bólu, dopóki nie odczuwałem ulgi	2 (2)	4,72 ($\pm$ 0,70)
12.	Pielęgniarki posiadają wiedzę na temat uśmierzania bólu	1 (1)	4,9 ($\pm$ 0,44)
13.	Pielęgniarki wierzą mi, gdy mówię, że mnie boli	1 (1)	4,93 ($\pm$ 0,36)
Środowisko (zakres podskali 3–15)			13,64 ($\pm$ 2,39)
4.	Zapewniono mi spokój i ciszę, abym miał spokojny sen	8 (8)	4,54 ($\pm$ 1,45)
9.	Miałem miły, przyjazny pokój	4 (4)	4,59 ($\pm$ 0,83)
10.	Na dyżurze jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby mogły szybko zareagować na moją prośbę o uśmierzenie bólu	6 (6)	4,51 ($\pm$ 0,92)
Wynik ogólny (zakres podskali 14–70)			60,84 ($\pm$ 3,58)
Pytania dodatkowe			
	Aktualne nasilenie bólu (zakres skali 0–10)		2,65 ($\pm$ 2,04)
	Największe nasilenie bólu w ostatnich 24 godzinach (zakres skali 0–10)		6,97 ($\pm$ 2,18)
	Najmniejsze nasilenie bólu w ciągu ostatnich 24 godzin (zakres skali 0–10)		3,03 ($\pm$ 2,01)
	Zadowolenie z uśmierzania bólu (zakres skali 0–10)		9,31 ($\pm$ 1,20)

skiej nie powinna być niższa niż 13,5 punktu oraz dla podskali: działanie i zaufanie — 18 punktów.

Wyniki

Oceny jakości opieki pielęgniarskiej w poszczególnych podskalach oraz oceny nasilenia bólu dokonano na podstawie wartości średnich (tab. 1.). Ogólna ocena jakości opieki pielęgniarskiej wyrażona wartością średnią wynosiła 60,84. W badaniach Jaracz i wsp. wynik ten wyniósł 58,51 [4].

W zakresie komunikowania się, badani ocenili poziom opieki pielęgniarskiej na 13,16 punktów i wynik ten jest zbliżony do najniższej wartości świadczącej o prawidłowej opiece pielęgniarskiej, natomiast 24% chorych dokonało oceny opieki pielęgniarskiej na poziomie niskim i dotyczyło to stwierdzenia pierwszego tej podskali: „przed operacją zostałem poinformowany o sposobie leczenia bólu, jaki będzie mi zaoferowany po zabiegu”. W badaniach Jaracz i wsp. [4] po-

nad 40% badanych oceniło na poziomie niskim ten zakres opieki.

Ponadto 3% ankietowanych określiło poziom opieki jako niewystarczający w zakresie dwóch kolejnych stwierdzeń tej podskali (11. Kiedy pielęgniarki rozpoczynają dyżur, wiedzą wszystko na temat mojego bólu i sposobu w jaki był leczony; 14. Pielęgniarki i lekarze współpracują ze sobą w leczeniu mojego bólu).

Podskala „działanie” uzyskała 15,05 punktów, a 25% chorych udzieliło niezadawalających odpowiedzi odnośnie do twierdzenia „po operacji rozmawiałem z pielęgniarką o tym, jak chciałbym, aby mój ból był uśmierzony”, oraz 54% ankietowanych oceniło bardzo nisko działania pielęgniarki w zakresie możliwości określenia natężenia bólu po zabiegu z wykorzystaniem, na przykład skali VAS (Visual Analogue Scale). Natomiast bardzo wysoko oceniono poziom opieki pielęgniarskiej w obszarze podskali „zaufanie” (wysoka wartość średnia: 18,99). Zbliżony wynik uzyskano w badaniach Jaracz i wsp. [4].

Ocena jakości opieki dotycząca środowiska była na poziomie dobrym: jedynie 8 ankietowanych było niezadowolonych z zapewnienia ciszy i spokoju w nocy, 4 chorych przebywało w mało przyjaznym pokoju, natomiast 6 respondentów stwierdziło, że na dyżurze była niewystarczająca liczba pielęgniarek, mogących szybko zareagować na prośbę o uśmierzenie bólu.

Ogólne zadowolenie badanych z możliwości zmniejszenia bólu pooperacyjnego oscyluje wokół wartości wysokich (wartość średnia: 9,31). W chwili badania, ból operacyjny mieścił się w przedziale niskich wartości, najsilniejszy ból został określony na poziomie 6,97. W badaniach Jaracz i wsp. [4] wartości te były znacznie niższe.

Analizując powyższe wyniki, można stwierdzić, że terapia przeciwbólowa w okresie pooperacyjnym w przypadku większości chorych jest skuteczna. Najwięcej ocen pozytywnych dotyczących poziomu opieki pielęgniarstwa uzyskały podskale: środowisko i zaufanie. Podobne wyniki zanotowano w cytowanych badaniach [4]. Oznacza to, że atmosfera na oddziałach i w salach chorych jest właściwa, sprzyjająca rekonwalescencji, a zachowanie się personelu pielęgniarstwa wzbudza zaufanie pacjentów. Najwięcej negatywnych ocen dotyczyło: informowania badanych o możliwościach zmniejszenia doznań bólowych, współdecydowania o formie zniesienia bólu, ilościowej oceny natężenia bólu pooperacyjnego. Codzienna praktyka kliniczna wskazuje, że ocena bólu, czy też rozmowa lekarza lub pielęgniarki z pacjentem na temat możliwości zniesienia bólu ma miejsce bardzo rzadko. Podobne wyniki uzyskano w badaniach prowadzonych w szpitalu w Szwecji [4–6].

Wnioski

1. Ocena jakości opieki pielęgniarstwa dotycząca bólu pooperacyjnego oscyluje wokół wartości średnich, w punktacji ogólnej wynosi 60,84.
2. Najwyższe oceny uzyskały podskale dotyczące zaufania i środowiska.
3. Najbardziej negatywne oceny uzyskały: ilościowa ocena bólu pooperacyjnego przez personel, informowanie pacjenta o możliwościach leczenia bólu pooperacyjnego, możliwość współdecydowania pacjenta o metodzie leczenia bólu. Stąd istnieje pilna potrzeba ukierunkowania działań pielęgniarek i lekarzy na ten aspekt postępowania wobec chorych cierpiących z powodu bólu pooperacyjnego.

Piśmiennictwo

1. Skurzak A., Iwanowicz-Palus G. Zwalczanie bólu w chorobie nowotworowej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2002; 9: 10–11, 20.
2. Radomska-Apolinarska E., Wołowicka L., Gołębiowska M. Ból pooperacyjny w ocenie pacjenta, pielęgniarki i lekarza, przy zastosowaniu ciągłej analgezji zewnątrzoponowej. *Postępy Pielęgniarstwa i Promocja Zdrowia*. Poznań 1997; cz. XI: 258–260.
3. Kulczycka K. Kryteria oceniające satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarstwa. *Zdrowie Publiczne* 2001; 111 (1): 53–56.
4. Jaracz K., Wdowczyk K., Górna K. Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji skali klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym. *Pielęgniarstwo Polskie* 2005; 1 (19): 9–14.
5. Idvall E., Hamrin E., Bjorn S. Quality of indicators in postoperative pain management: a validation study. *Scand. J. Caring Sci.* 2001; 15: 331–338.
6. Idvall E., Hamrin E., Unosson M. Development of an instrument to measure strategic and clinical quality indicators in postoperative pain management. *J. Adv. Nurs.* 2002; 37: 532–540.