

# SKALA BÓLU POOPERACYJNEGO W PERCEPCJI PACJENTÓW ODDZIAŁU UROLOGII ONKOLOGICZNEJ I OGÓLNEJ

## Scale of post-operative pain perception by patients of the Oncological Urology and the General Urology Departments



Dorota Bogusława Prochowicz<sup>1</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułak<sup>2</sup>, Lech Trochimowicz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Oddział Urologii Onkologicznej i Ogólnej, Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku

<sup>2</sup>Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>3</sup>Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2014; 4: 170–179

Praca wpłynęła: 4.09.2014; przyjęto do druku: 8.09.2014

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 7 A, 15-096 Białystok, e-mail: elzbieta.krajewska@wp.pl

### Streszczenie

**Wstęp:** Uśmierzanie bólu pooperacyjnego jest zasadniczym działaniem terapeutycznym w okresie pooperacyjnym.

**Cel pracy:** Ocena bólu pooperacyjnego u pacjentów.

**Materiał i metody:** Badanie przeprowadzono w grupie 100 pacjentów w 3. dobie pooperacyjnej. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy oraz skalę opisową, wzrokowo-analogową oceny bólu i *Kwestionariusz przekonań na temat kontroli bólu*.

**Wyniki:** U 99% osób po operacji ból dotyczył rany pooperacyjnej. Jego intensywność 36% badanych określało jako pobolewanie, 31% spodziewało się silniejszego bólu, a 30% słabszego. W skali VAS (*visual analogue scale*) średnia nasilenia najsilniejszego bólu w ciągu ostatnich 24 godzin wynosiła 5,51 ±2,7, a najsłabszego 3,02 ±2,4. W skali opisowej najczęściej najsilniejszy ból oceniano jako średni, a najsłabszy jako bardzo mały. Wartości kontrolowania bólu poprzez czynniki wewnętrzne w grupie mężczyzn wynosiły 3,0 ±1,54, u kobiet 3,0 ±1,59; przez wpływ lekarzy – u mężczyzn 4,0 ±1,42, u kobiet 4,0 ±1,24, a przez przypadkowe zdarzenia – u mężczyzn 4,0 ±1,59, a w grupie kobiet 4,0 ±1,68. W obu grupach w zakresie kontroli bólu dominował typ niezróżnicowany silny.

**Wnioski:** Poziom zadowolenia respondentów z uśmierzenia bólu pooperacyjnego był wysoki i prawie wszyscy uważali, że zastosowane leki przeciwbólowe były skuteczne. Najwięcej osób najsilniejszy ból odczuwany po 24 godzinach od zabiegu chirurgicznego oceniano na 8 pkt w skali VAS, a w skali opisowej – jako nasilenie średnie, a najsłabszy ból na 2 pkt w skali VAS i w skali opisowej jako nasilenie bardzo małe. W kontroli bólu zarówno kobiety, jak i mężczyźni należeli do typu niezróżnicowanego silnego, przypisując podobną wagę wpływowi lekarzy i opieki medycznej oraz przypadkowym zdarzeniom, a najmniejszą własnym możliwościom walki z bólem.

**Słowa kluczowe:** operacja, ból, VAS, BPCQ.

### Summary

**Introduction:** Postoperative pain control is an essential component of the therapy in the postoperative period.

**The aim of study:** To assess post-operative pain in patients.

**Material and methods:** The study was conducted on 100 patients on the third day after surgery. We used an authors' questionnaire, descriptive scale, Visual Analogue Scale (VAS) and the Beliefs about Pain Control Questionnaire.

**Results:** Ninety-nine percent of patients experienced post-operative wound pain. Thirty-six percent of patients defined the pain intensity as 'ache'. Thirty-one percent of patients expected a stronger pain and 30% a weaker pain. During the last 24 hours, the highest VAS pain scores were 5.51 ±2.7 while the lowest 3.02 ±2.4. According to the descriptive scale, the strongest pain was most often rated as medium, and the lowest as very small. Mean values of pain control by internal factors in men were 3.0 ±1.54 and in women 3.0 ±1.59; by doctors – in men were 4.0 ±1.42 and in women 4.0 ±1.24; and by random events – in men 4.0 ±1.59, in women 4.0 ±1.68.

**Conclusions:** The level of satisfaction of the respondents with post-operative pain relief was high, and almost all of them reported that the applied analgesics were effective. The most people felt the strongest pain after 24 hours of the surgery and scored it according to VAS as 8 points. According to the descriptive scale – as mild and the weakest pain of 2 points according to VAS. As to pain control, both women and men represented the undifferentiated strong type, assigning a similar importance to the influence of doctors and medical care, and to accidental events, and the lowest importance to their own capabilities of pain control.

**Key words:** surgery, pain, VAS, BPCQ.

W literaturze przedmiotu [1, 2] z jednej strony ból traktuje się jako doznanie czuciowe, związane z działaniem uszkodzającego bodźca (bądź bodźca, którego działanie może wywołać wystąpienie uszkodzenia), a z drugiej strony jako spostrzeżenie powstałe w interpretacji psychicznej zachodzących zjawisk, zmodyfikowanej na podstawie wcześniejszych doświadczeń i psychosomatycznych uwarunkowań. Ból wywołuje przede wszystkim cierpienie fizyczne, ale także psychiczne [3–5]. Często objawia się sennością, obniżeniem nastroju, powoduje wydłużenie rekonwalescencji po zabiegu oraz utrudnia rehabilitację. Odczuwanie cierpienia prowadzi do zaburzeń ze strony układu krążenia i oddechowego, przez co powoduje wzrost zapotrzebowania na tlen i złe gojenie ran [3–5].

Ból pooperacyjny, związany z „uszkodzeniem” w wyniku zabiegu chirurgicznego, pojawia się, gdy przestaje działać analgezja śródoperacyjna, a jego źródłem są uszkodzenia zarówno tkanek powierzchniowych (skóra, tkanka podskórna), jak i głęboko położonych struktur (mięśnie, powięzi, więzadła) [3, 6]. Zaobserwowano, że największe natężenie bólu występuje w pierwszej dobie po zabiegu chirurgicznym, a zmniejsza się wraz z kolejnymi dniami. Na stopień odczuwanego bólu wpływają nie tylko uszkodzone tkanki, lecz także stopień unerwienia poszczególnych części ciała, stopień traumatyzacji tkanek, poziom lęku oraz nastawienie chorego wobec czekających go dolegliwości tuż przed zabiegiem [3, 6].

Pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w procesie uśmierzenia bólu pooperacyjnego, ponieważ mają bezpośredni kontakt z pacjentem. Ważnym aspektem jest zatem rzetelna współpraca pielęgniarki z lekarzem chirurgiem oraz anestezjologiem, którzy ordynują leki przeciwbólowe. Każdy pacjent tuż przed przeprowadzeniem u niego operacji powinien być poinformowany o metodach zwalczania tego rodzaju bólu, że będzie on regularnie oceniany i w każdym momencie chory może się zwrócić o pomoc.

Pielęgniarka opiekująca się osobą po zabiegu chirurgicznym powinna nie tylko regularnie podawać zalecane leki, lecz także znać objawy bólu (np. przyspieszenie i sptyczenie oddechu, wzmożone pocenie, wzrost tętna i ciśnienia tętniczego, niepokojące grymasy na twarzy, wzdychania, jęcznienia, płacz), które mogą występować u pacjenta. W tego typu sytuacjach w profilaktyce niekorzystnych skutków odczuwanego cierpienia ważna jest szybkość reakcji.

Podstawową metodą oceny bólu jest jego opis dokonany przez pacjenta [1, 2, 7, 8], jednakże uznaje się ją za niemiarodajną z powodu indywidualnego odczuwania go przez jednostkę. Inną metodą jest obserwacja chorego przez lekarza bądź pielęgniarkę pod kątem np. występowania określonych nieadekwatnych zachowań czy też ograniczenia aktywności. Kolejną metodą oceny jest pomiar podstawowych parametrów życia, np.

przyspieszenie akcji serca i oddechu, wzrost ciśnienia tętniczego czy znaczny stopień pocenia się [1, 2, 7, 8]. Wśród powszechnie stosowanych skal można wyróżnić numeryczną (cyfrową), wizualno-analogową (*visual analogue scale* – VAS) i słowną, a także kwestionariusz oceny bólu McGilla [1, 2, 8].

Głównym celem pracy była ocena bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału Urologii Onkologicznej i Ogólnej Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku.

Za cele szczegółowe postawiono sobie: ocenę najsilniejszego i najstańszego bólu pooperacyjnego oraz w chwili przeprowadzania badania ankietowego, ustalenie przekonań osób ankietowanych na temat kontroli bólu wg *Kwestionariusza przekonań na temat kontroli bólu* (*The Beliefs about Pain Control Questionnaire* – BPCQ) Suzanne Skevington (adaptacja Zygrydy Juczyńskiego) i częstości przyjmowania leków przeciwbólowych w domu, rodzaju tych leków i sposobów ich zdobywania, określenie ogólnego stanu zdrowia ankietowanych (chOROBY współistniejące, przyjmowane leki, przebyte zabiegi chirurgiczne, skłonność do nałogów), miejsca występowania bólu, jego charakteru i intensywności oraz samooceny stanu zdrowia i samopoczucia ankietowanych.

## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w 3. dobie pooperacyjnej w grupie 100 pacjentów przebywających na Oddziale Urologii Onkologicznej i Ogólnej Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku. Ocena dolegliwości bólowych dotyczyła 3. doby (moment badania) i retrospektywnie 2. doby (ostatnie 24 godziny) pooperacyjnej.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku R-I-002/2013 oraz dyrektor szpitala SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespólny im. J. Śniadeckiego w Białymstoku Urszuli Łapińskiej.

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy, skalę oceny bólu opisową i wzrokowo-analogową (VAS) oraz BPCQ, przeznaczony do grupowego i indywidualnego badania osób chorych uskarżających się na ból. Kwestionariusz składa się z 13 stwierdzeń wchodzących w skład trzech czynników, które mierzą siłę indywidualnych przekonań dotyczących kontroli bólu osobiście (W – czynniki wewnętrzne: pytania 1, 3, 8, 10, 11), poprzez wpływ lekarzy (L – siły innych: pytania 2, 6, 7, 12) czy też poprzez przypadkowe zdarzenia (P: pytania 4, 5, 9, 13). Analiza danych pozwala na wyodrębnienie typów przekonań na temat kontroli bólu: 1) typ silny wewnętrzny (wysokie W, niskie L, niskie P), 2) typ silny zewnętrzny (niskie W, wysokie L, wysokie P), 3) typ pomniejszający wpływ lekarzy (wysokie W, niskie L, wysokie P), 4) typ powiększający wpływ

lekarzy (niskie W, wysokie L, niskie P), 5) typ pomniejszający wpływ przypadku (wysokie W, wysokie L, niskie P), 6) typ powiększający wpływ przypadku (niskie W, niskie L, wysokie P), 7) typ niezróżnicowany silny (wysokie W, wysokie L, wysokie P) i 8) typ niezróżnicowany słaby (niskie W, niskie L, niskie P).

W analizie statystycznej zastosowano test Wilcoxon. Za wartości istotne statystycznie przyjęto  $p < 0,05$ .

## Wyniki

Badanie przeprowadzono w grupie 100 osób, w tym 72% stanowili mężczyźni, a 28% kobiety. Najlicniejsza grupa (36%) to pacjenci w wieku 61–75 lat. Blisko 1/3 (29%) ankietowanych była w wieku 46–60 lat, następnie 31–45 lat (25%), > 76 lat miało 6% badanych, 4% respondentów miało 18–30 lat. Większość ankietowanych (73%) jako miejsce zamieszkania podawało miasto. Wieś wskazało 27%. Wykształcenie średnie miało 42% respondentów, wyższe – 22%, zawodowe – 21%, a podstawowe – 15%. Ponad połowę ankietowanych (52%) stanowili renciści lub emeryci, ok. 1/3 (28%) osoby czynne zawodowo, a najmniej licznie reprezentowani byli bezrobotni (9%), osoby przebywające na zasiłku (6%) oraz uczniowie lub studenci (4%). Większość ankietowanych (74%) podało, że jest w związku małżeńskim. Wdowami/wdowcami było 10% badanych osób, 8% było pannami/kawalerami, 7% rozwodnikami, a jedna osoba żyła w konkubinacie.

Wśród ankietowanych 10% deklarowało przebycie chorób serca. Połowa osób ankietowanych miała rozpoznane nadciśnienie tętnicze, 15% leczyło się z powodu choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy, 6% miało cukrzycę, 14% choroby tarczycy, 37% leczyło się z powodu choroby nowotworowej, 21% deklarowało występowanie alergii. Czynnie papierosy paliło 18% ankietowanych, a 25% respondentów przyznało się do spożywania alkoholu, najczęściej okazjonalne, po osiągnięciu pełnoletności. Nadwagę stwierdzono u 51% chorych, u 33% pacjentów prawidłową masę ciała, u 15% – otyłość, a u jednej osoby rozpoznano niedowagę.

Ponad połowa (51%) respondentów łącznie przeżyła w przeszłości 84 zabiegi chirurgiczne. Na podstawie uzyskanych danych z wywiadu można stwierdzić, że najczęstszą operacją, której poddano badanych, było usunięcie przepukliny (8,3% wszystkich zabiegów). Kolejno klasyfikowano: usunięcie nowotworu szyjki macicy, guza prostaty, przezcewkową elektroresekcję guza pęcherza moczowego (po 4,76% zabiegów), usunięcie pęcherzyka żółciowego, nerki, kamieni nerkowych, operację kolana (po 3,6% zabiegów) i biopsję nerki, cięcie cesarskie, endoprotezoplastykę stawu biodrowego, prostatektomię, zabieg ginekologiczny, usunięcie guza pęcherza, operację palca, stomię (po 2,4% zabiegów). W pojedynczych przypadkach (po 1,2% zabiegów) u pa-

cjentów usunięto guza lewej piersi, wykonano korektę zuchwy, zabieg na tarczycy, nastawienie barku, obrzezanie, operację oka, kręgosłupa, usunięcie wyrostka, operację jądra, szczęki, resekcję narządów rodnych, wstawienie stentów, operację złamanej nogi, twarzoczaszki, usunięcie jądra, usunięcie naczyńniaka, torbieli, operację haluksa, usunięcie płatu płuca, artroskopię barku, operację żyłaków odbytu, wycięcie migdałków, operację serca, rozszerzenie cewki moczowej, usunięcie zaćmy, wyłuskanie mięśniaków, zespolenie kręgosłupa lub operację złamania rzepki. Rodzaju wykonywanego zabiegu nie pamiętało 8,3% badanych.

Kolejne pytanie dotyczyło dotychczasowej (przed zabiegiem chirurgicznym) częstości przyjmowania leków przeciwbólowych. Połowa respondentów (53%) deklarowała, że przyjmuje leki przeciwbólowe tylko okazjonalnie, 19% ankietowanych – częściej niż raz w tygodniu, 17% nie przyjmowało ich w ogóle, 6% – raz w miesiącu, a 5% – raz w tygodniu. Najczęstszymi (67%) lekami przeciwbólowymi przyjmowanymi przez respondentów były leki z grupy NLPZ (niesteroidowych leków przeciwzapalnych). Nie przyjmowało ich wcale 24% osób, a 9% stosowało leki opioidowe. Analizując uzyskane wyniki, okazało się, iż 67% ankietowanych kupowało leki przeciwbólowe w aptece bez recepty, 13% – na receptę wydaną przez lekarza, 20% pożyczowało leki uśmierzające ból od członków rodziny lub znajomych.

W trakcie badania w grupie respondentów zdiagnozowano następujące problemy zdrowotne: guz pęcherza moczowego (32 osoby), guz nerki (16 osób), kamica nerkowa (13 osób), kamica moczowodowa (6 osób), rak prostaty (6 osób), nowotwór gruczołu krokowego (5 osób), nowotwór złośliwy pęcherza moczowego (4 osoby), kamica odlewowa nerki (3 osoby), wodniak jądra (3 osoby), wodonercze prawostronne (3 osoby), zwężenie cewki moczowej (3 osoby), skręt jądra (2 osoby), torbiel nerki (1 osoba), zwężenie górnego odcinka moczowodu (1 osoba) i przerost gruczołu krokowego (1 osoba).

W momencie badania najdłuższa operacja trwała 560 minut i było to wyłonienie urostomii u mężczyzny w przedziale wiekowym 46–60 lat. Najkrótszy zabieg trwał 35 minut i był przeprowadzony u mężczyzny w przedziale wiekowym 61–75 lat z rozpoznaniem medycznym kamicy moczowodowej. Pozostałe trwały 60 minut (25 osób), 90 lub 75 minut (po 15 osób), 180 minut (14 osób), 240 minut (8 osób), 150 minut (5 osób), 120 minut (4 osoby), 300 minut (3 osoby), 80, 105 lub 360 minut (po 2 osoby), 70, 210 lub 270 minut (po 1 osobie). Przeciętnie zabieg trwał  $127,8 \pm 86,5$  minuty.

Ponad połowa (51%) ankietowanych miała wykonywane zabiegi endoskopowe, 46% – zabiegi klasyczne i tylko 3% zabiegi laparoskopowe.

Ponad połowa (55%) badanych osób była znieczulana podpajęczynówkowo, 33% podano znieczulenie ogólne, a najmniej (12%) zabiegów było przeprowadzanych w znieczuleniu zewnątrzoponowym.

Badani pacjenci od momentu zakończenia zabiegu chirurgicznego, w tym w chwili badania, stosowali takie leki przeciwbólowe, jak: 87 osób – metamizol 1 g co 6 godzin, 77 osób – ketoprofen 100 mg co 12 godzin, 34 osoby – morfinę w dawce 5–10 mg co 4–6 godzin, 12 osób – bupiwakainę 0,125 mg, fentanyl 0,1 mg w 50 ml 0,9% NaCl we wlewie ciągłym zewnątrzotrzewnowo, 10 osób – tramadol w dawce 50 mg co 6 godzin, 8 osób – diklofenak 100 mg co 12 godzin, 5 osób – petydynę w dawce 50–100 mg co 6–8 godzin i 1 osoba – paracetamol 1 g co 6 godzin.

Ankietowani najczęściej (99%) jako miejsce występowania bólu wskazywali ranę pooperacyjną. Tylko 1 osoba (1%) stwierdziła, że boli ją kręgosłup.

Następnie respondenci mieli określić charakter występującego u nich bólu: piekący – 35%, kłujący – 32%, tępy – 14% oraz pulsowanie – 11%. Problem z jego określeniem miał 1 chory (1%).

Kolejnym punktem było wskazanie przez respondentów intensywności odczuwanego bólu. Najczęściej padała odpowiedź „pobolewanie”, którą wskazało 36%, oraz „ból ciągły” – wymieniany przez 31% osób. W 23 przypadkach (23%) był to ból słaby. Po 5% badanych odczuwało ból ostry lub silny.

Badani musieli także ocenić swoje odczucia na temat spodziewanego bólu pooperacyjnego. Prawie 1/3 (31%) respondentów spodziewała się silniejszego bólu, 30% uważało, że ból będzie słabszy, 29% nie potrafiło określić, jakiego bólu się spodziewało, a 10% ankietowanych twierdziło, że jest on taki, jaki powinien być po zabiegu.

W kolejnych pytaniach poproszono badanych, by w skali od 0 do 10 ocenili stan swojego zdrowia, samopoczucia i zadowolenia z uśmierzenia bólu w chwili badania. Najwięcej ankietowanych oceniło swój stan zdrowia na 5 (22%), samopoczucie na 7 (20%), a za-

dowolenie z uśmierzenia bólu na 10 (36%). Ogólna średnia ocen stanu zdrowia w chwili badania wynosiła  $5,56 \pm 2,3$ , średnia samopoczucia –  $6,11 \pm 2,5$ , a średnia zadowolenia z uśmierzenia bólu –  $8,15 \pm 2,1$ . Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Ocena poziomu zadowolenia pacjentów po zastosowaniu leków uśmierzających ból po zabiegu chirurgicznym wykazała, iż 95% ankietowanych było zadowolonych ze skuteczności leczenia przeciwbólowego po operacji. Dyskomfort odczuwało jedynie 5% badanych.

W kolejnych pytaniach poproszono ankietowanych, aby w skali od 0 (brak bólu) do 10 (ból tak silny, jak to tylko możliwe) wskazali nasilenie najsilniejszego i najłagodszego bólu odczuwanego w ciągu ostatnich 24 godzin po zabiegu i w chwili badania. W skali VAS średnia nasilenia w ciągu ostatnich 24 godzin bólu najsilniejszego wynosiła  $5,51 \pm 2,7$ , najłagodszego –  $3,02 \pm 2,4$ , a w chwili badania  $3,46 \pm 2,8$ . Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Następnie przeanalizowano średnie nasilenie najsilniejszego i najłagodszego bólu odczuwanego w ciągu ostatnich 24 godzin po zabiegu i w chwili badania w zależności od płci, wieku, miejsca zamieszkania i czasu trwania operacji. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Następnie poproszono ankietowanych, aby wskazali w skali opisowej (od „nie odczuwam bólu” do „nasilenie bólu bardzo duże”) nasilenie najsilniejszego i najłagodszego bólu odczuwanego w ciągu ostatnich 24 godzin po zabiegu i w chwili badania. Wyniki przedstawiono w tabeli 4.

W dalszej części badania oceniano przekonania na temat kontroli bólu mierzone skalą BPCQ Stevington w adaptacji Juczyńskiego, w podziale na grupę kobiet i mężczyzn (tab. 5.).

**Tabela 1.** Samoocena stanu zdrowia i samopoczucia w chwili badania

Skala	Ocena w chwili badania (% odpowiedzi)		
	stan zdrowia	samopoczucie	zadowolenie z uśmierzenia bólu
0	0	0	0
1	6	8	1
2	8	2	0
3	8	9	2
4	5	4	6
5	22	16	4
6	10	9	5
7	17	20	12
8	18	17	12
9	3	4	22
10	3	11	36
średnia	<b>5,56 ±2,3</b>	<b>6,11 ±2,5</b>	<b>8,15 ±2,1</b>

**Tabela 2.** Samoocena nasilenia bólu w skali VAS

Skala VAS	Ocena nasilenia bólu (% odpowiedzi)		
	w ciągu ostatnich 24 godzin		w chwili badania (3. doba)
	najsilniejszego	najłagodszego	
0	4	15	13
1	4	14	20
2	7	21	12
3	15	13	16
4	7	13	5
5	13	10	7
6	6	3	6
7	10	5	9
8	25	4	9
9	1	0	2
10	8	2	1
średnia	<b>5,51 ±2,7</b>	<b>3,02 ±2,4</b>	<b>3,46 ±2,8</b>
p	< 0,001 vs najsilniejszy		< 0,001 vs najsilniejszy

Tabela 3. Samoocena nasilenia bólu w skali VAS

Skala VAS (średnie wartości)	N	Ocena nasilenia bólu		
		w ciągu ostatnich 24 godzin		w chwili badania (3. doba)
		najsilniejszego	najłagodszego	
<b>Płeć</b>				
kobieta	28	6,27 ±2,4	3,62 ±2,5	4,96 ±2,3
mężczyzna	72	5,20 ±2,2	2,78 ±2,8	2,88 ±2,6
<i>p</i>		0,035	NS	< 0,001
<b>Wiek chorych (lata)</b>				
18–30	4	2,5 ±0,6 <sup>#</sup>	1 ±0	0,5 ±0,9 <sup>*</sup>
31–40	25	5,41 ±2,2 <sup>#</sup>	3,04 ±2,6	3,48 ±2,6
46–60	29	5,65 ±1,8	3,28 ±2,5	4,2 ±2,8
61–75	36	5,69 ±2,2	2,86 ±1,8	3,03 ±2,9
≥ 76	6	5,83 ±2,2	4,0 ±2,0	4,33 ±2,5
<i>p</i>		0,022 <sup>#</sup>	NS	< 0,05 <sup>*</sup> pomiędzy 18–30 lat a grupami
<b>Miejsce zamieszkania</b>				
miasto	73	5,56 ±2,5	3,23 ±2,4	3,47 ±2,6
wieś	27	6,04 ±2,3	2,96 ±2,2	3,79 ±2,5
<i>p</i>		NS	NS	NS
<b>Czas trwania zabiegu (min)</b>				
560	1	5,0 ±0	4,0 ±0	4,0 ±0
360	2	5,0 ±1,0	4,0 ±2,3	4,5 ±2,5
300	3	5,0 ±0,8	4,0 ±0,7	4,2 ±0,9
270	1	5,0 ±0	2,0 ±0	3,0 ±0
240	8	6,13 ±4,2	3,13 ±2,7	3,75 ±2,8
210	1	8,0 ±0	3,0 ±0	4,0 ±0
180	14	6,14 ±5,2	3,64 ±2,7	4,64 ±2,5
150	5	6,0 ±2,3	3,4 ±1,6	5,0 ±2,5
120	4	8,0 ±3,6	6,25 ±2,2	7,5 ±2,1
105	2	6,5 ±3,1	1,0 ±0,7	1,3 ±1,8
90	15	5,0 ±2,2	4,9 ±2,6	3,2 ±1,6
80	2	4,0 ±2,0	3,0 ±1,5	1,5 ±0,9
75	15	4,4 ±2,2	3,13 ±1,9	2,47 ±2,3
70	1	5,0 ±0	6,0 ±0	5,0 ±0
60	25	5,68	2,92	3,12
35	1	0 ±0	1,0 ±0	1,0 ±0
<i>p</i>		NS	NS	NS

Tabela 4. Samoocena nasilenia bólu w skali opisowej

Skala opisowa	Ocena bólu (% odpowiedzi)		
	w ciągu ostatnich 24 godzin		w chwili badania
	najsilniejszego	najłagodszego	
wcale nie odczuwam bólu	3	13	13
nasilenie bólu bardzo małe	18	<b>33</b>	<b>33</b>
nasilenie bólu małe	9	21	12
nasilenie bólu średnie	<b>44</b>	27	28
nasilenie bólu duże	19	3	11
nasilenie bólu bardzo duże	7	3	3

**Tabela 5.** Przekonania badanych na temat kontroli bólu, opinia wyrażona w procentach (skala BPCQ Stevington w adaptacji Juczyńskiego)

	Skala BPCQ	Płeć	1	2	3	4	5	6
			nie, zupełnie się nie zgadzam	nie zgadzam się	raczej się nie zgadzam	raczej się zgadzam	zgadzam się	tak, całkowicie się zgadzam
1	Dbając dobrze o siebie, mogę zazwyczaj uniknąć bólu	M	8,3	15,3	18,1	22,2	23,6	12,5
		K	25,0	21,4	10,7	10,7	21,4	10,7
2	Cokolwiek zrobię, to i tak mój ból będzie zależał od umiejętności lekarzy	M	2,8	18,1	18,1	15,3	37,5	8,3
		K	3,6	17,9	14,3	39,3	7,1	17,9
3	Kiedy tylko odczuwam ból, to jest to zazwyczaj spowodowane czymś, co zrobiłem lub czego nie zrobiłem	M	18,1	27,8	9,7	23,6	13,9	6,9
		K	14,3	32,1	10,7	17,9	10,7	14,3
4	Brak bólu jest w dużym stopniu sprawą szczęścia	M	16,7	15,3	6,9	22,2	26,4	12,5
		K	7,1	25,0	17,9	3,6	21,4	25,0
5	Jeżeli mam cierpieć, to będę cierpieć niezależnie od tego, co robię	M	15,3	25,0	15,3	25,0	16,7	2,8
		K	10,7	28,6	35,7	7,1	7,1	10,7
6	Właściwie to mój ból zależy od tego, co lekarze zrobią dla mnie	M	9,7	16,7	5,6	26,4	31,9	9,7
		K	0,0	7,1	10,7	25,0	32,1	25,0
7	Jeżeli nie poszukam pomocy medycznej, to nie uda mi się zmniejszyć bólu	M	6,9	6,9	8,3	29,2	31,9	13,9
		K	0,0	7,1	0,0	28,6	42,9	21,4
8	Gdy odczuwam ból, to wiem, że jest to spowodowane tym, że nie stosowałem odpowiednich ćwiczeń lub nie jadłem właściwego pożywienia	M	19,4	18,1	20,8	15,3	19,4	6,9
		K	0,0	35,7	14,3	25,0	14,3	10,7
9	Tak naprawdę to ból powodowany jest przypadkowymi zdarzeniami	M	11,1	11,1	11,1	25,0	34,7	6,9
		K	3,6	21,4	10,7	32,1	21,4	10,7
10	Ból jest wynikiem własnej nieostrożności	M	9,7	26,4	9,7	25,0	19,4	9,7
		K	0,0	39,3	17,9	14,3	7,1	21,4
11	Jestem bezpośrednio odpowiedzialny za swój ból	M	11,1	36,1	8,3	20,8	16,7	6,9
		K	3,6	50,0	17,9	7,1	0,0	21,4
12	Ulga w bólu w głównej mierze zależy od lekarzy	M	8,3	13,9	9,7	22,2	38,9	6,9
		K	14,3	3,6	3,6	39,3	17,9	21,4
13	Ludzie, którzy nigdy nie odczuwali bólu, mają po prostu szczęście	M	2,8	5,6	6,9	13,9	36,1	34,7
		K	0,0	3,6	7,1	0,0	28,6	60,7

Wartości kontrolowania bólu poprzez:

- czynniki wewnętrzne (W), które obrazowały odpowiedzi na pytania 1, 3, 8, 10, 11 – w grupie mężczyzn wynosiły  $3,0 \pm 1,54$ , a w grupie kobiet –  $3,0 \pm 1,59$  ( $p > 0,05$ );
- wpływ lekarzy (L) – siły innych, które obrazowały odpowiedzi na pytania 2, 6, 7, 12 – w grupie mężczyzn wynosiły  $4,0 \pm 1,42$ , a w grupie kobiet –  $4,0 \pm 1,24$  ( $p > 0,05$ );
- poprzez przypadkowe zdarzenia (P), które obrazowały odpowiedzi na pytania 4, 5, 9, 13 – w grupie mężczyzn wynosiły  $4,0 \pm 1,59$ , a w grupie kobiet –  $4,0 \pm 1,68$  ( $p > 0,05$ ).

Dalsza analiza danych pozwoliła na stwierdzenie, że zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet w zakresie kontroli bólu dominował typ niezróżnicowany silny (wysokie W, wysokie L, wysokie P).

## Dyskusja

Ból pooperacyjny, za Falkowska i wsp. [9], stanowi podstawową obawę przedoperacyjną u większości pacjentów i tylko jego skuteczne uśmierzenie prowadzi do zwiększenia satysfakcji pacjenta oraz obniżenia kosztów leczenia. Do sposobów poprawy przeciwbólowego postępowania pooperacyjnego autorzy [9] za-

liczają m.in. edukację pacjenta, zapewnienie komfortu snu i wypoczynku, stworzenie atmosfery zaufania do personelu oraz doskonalenie kompetencji i wiedzy zespołu leczącego dotyczących bólu.

Zdaniem Watson i wsp. [10] ocenę bólu pacjenta należy zaliczyć do najważniejszych umiejętności zespołu terapeutycznego, co ich zdaniem wymaga nie tylko uporządkowanej wiedzy, lecz także doświadczenia, uważnego i dokładnego słuchania chorego oraz jego wnikliwej obserwacji. Powyższe nie może być jednorazowym zdarzeniem, a wymaga stałego powtarzania i weryfikowania informacji o bólu [10].

W opinii Misiołek [7] oraz Grochans i wsp. [8] są różne metody oceny bólu u pacjenta po zabiegu chirurgicznym. Autorzy ci za podstawową metodę uznają samoocenę bólu przez danego pacjenta, zaznaczają jednak, iż nie jest to metoda miarodajna. Inni autorzy, np. Szadukis-Szadurski i Szadukis-Szajdurska [11] oraz Larysz i wsp. [12], podkreślają, że istnieją bardziej obiektywne i precyzyjne metody pomiaru natężenia bólu, takie jak np. skala słowna. Często stosowaną skalą oceny stopnia odczuwanego bólu jest skala VAS [2, 11–15]. Do innych, zwłaszcza w wypadku bólu przewlekłego, należy kwestionariusz McGilla bądź MPQ (*Melzack Pain Questionnaire*), składający się z szeregu opisowych słów, czytanych osobie odczuwającej ból. Każdemu zestawowi od 3 do 6 słów przypisano punkty od 1 (słaby) do 20 (silny). Ostateczny wynik jest sumą punktów ze wszystkich zestawów [15].

W obecnym badaniu ankietowym wykorzystano skalę opisową, skalę wzrokowo-analogową oceny bólu (VAS) i *Kwestionariusz przekonañ na temat kontroli bólu* (BPCQ).

Bardzo istotnym problemem w codziennej pracy zespołu oddziałów zabiegowych jest ból pooperacyjny, towarzyszący każdemu pacjentowi po zabiegu. Zaliczany jest on do bólu ostrego, który wg Gaszyńskiego i wsp. [16] stanowi reakcję na śródoperacyjne uszkodzenie tkanek oraz narządów i zaczyna być odczuwany po ustąpieniu analgezji śródoperacyjnej.

Jego nasilenie, jak podkreślają Przewoźnik i Kapała [17], różni się u każdego chorego, w zależności od rodzaju i rozległości zabiegu, zastosowanego znieczulenia oraz osobniczej wrażliwości. Grochans i wsp. [8] zwracają uwagę, iż na ból pooperacyjny mogą wywierać wpływ takie czynniki, jak: genetyczne cechy pacjenta, jego wiek i płeć oraz uwarunkowania kulturowe i doświadczenia związane z bólem z przeszłości.

W opinii Kołodziej i Karpel [18] lokalizacja bólu w większości przypadków obejmuje region pola operacyjnego, rzadziej kręgosłup, głowę oraz jamę brzuszną.

Przychodzka i wsp. [15] objęli badaniami 101 pacjentów leczonych na oddziale neurochirurgii. Pacjenci odczuwający ból ( $n = 80$ ) najczęściej cierpieli stale (63,8%). Rano ból odczuwało 13,8% badanych, koło południa – 3,8%, wieczorem – 12,5%, a w nocy – 6,3%

[15]. Ból najczęściej występował w okolicy rany pooperacyjnej (36,6%), rzadziej w okolicy głowy (28,7%), innych obszarach ciała (23,8%) oraz pleców (18,8%) [15].

W obecnie przeprowadzonych badaniach ankietowych w 99% przypadków ból pooperacyjny był odczuwany w miejscu operowanym, a tylko u 1% ankietowanych lokalizował się w okolicach kręgosłupa.

W badaniu Łebkowskiego i wsp. [13], dotyczącym 18-miesięcznej obserwacji 103 chorych operowanych w latach 2003–2005, ból pooperacyjny występował u 33% chorych, z czego u 17,5% pojawił się jedynie podczas poruszania się i był określany jako lekki, przerywany. U 13,6% chorych miał charakter stały, lecz ustępował średnio w drugiej dobie [13]. Spośród operowanych chorych w trakcie kontroli po 18 miesiącach od zabiegu 1,9% badanych w dalszym ciągu uskarżało się na nieustępujące dolegliwości bólowe [13].

Kołodziej i Karpel [18] podają, iż ból w 2. dobie po zabiegu chirurgicznym oceniano na 2–4 punkty (wg 11-stopniowej skali bólu).

Grochans i wsp. [8] przeprowadzili badania w grupie 84 chorych leczonych na Oddziale Chirurgicznym Szpitala Regionalnego w Kołobrzegu. Zastosowali metodę sondażu diagnostycznego i wykorzystali autorski kwestionariusz ankiety, skalę do oceny natężenia bólu oraz kwestionariusz polskiej wersji skali klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym (wybrane pytania) [8]. W celu określenia natężenia bólu wykorzystali: 1) oznaczenie siły bólu na odcinku długości 10 cm (skala wzrokowo-analogowa); 2) określenie natężenia bólu na 11-stopniowej skali (skala numeryczna); 3) ocena bólu na podstawie wybranych 6 określeń słownych (skala słowna) [8]. W 1. dobie po zabiegu analiza nasilenia bólu za pomocą wskazania punktu na odcinku (w cm) istotnie różniła się od poziomu bólu wskazanego w 3. dobie po zabiegu ( $p < 0,05$ ), zaś w przypadku zastosowania 11-stopniowej skali oraz na podstawie 6 określeń słownych wykazano istotne statystycznie różnice ( $p < 0,05$ ), co zdaniem autorów [8] świadczy o znacznie większym nasileniu bólu w 1. dobie niż w 3. dobie.

Raszka i wsp. [19] przeprowadzili badania w Klinice Neurochirurgii 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy w 40-osobowej grupie pacjentów poddanych zabiegom neurochirurgicznym z powodu chorób kręgosłupa. Natężenie bólu oceniano co 2 godziny przez pierwsze 12 godzin po operacji kręgosłupa z użyciem skali VAS. Okazało się, iż po 2 godzinach najwięcej osób odczuwało ból na poziomie 8 w skali VAS, po kolejnych 2 godzinach wartość ta zmalała do 5, po kolejnych 4 godzinach do 3, a w ostatniej godzinie (po 12 godzinach od zabiegu) wynosiła 2. Po 2 godzinach połowa badanych odczuwała ból co najmniej na poziomie 6,5 w skali VAS, druga połowa co najwyżej na poziomie 6,5 [19]. Po kolejnych 2 godzinach wartość ta zmalała do 5, po kolejnych do 4, a następnie do 3 i utrzymywała się na tym poziomie

aż do ostatniej godziny badania, kiedy to zmalała do 2,5. Różnica pomiędzy bólem po 2 godzinach po zabiegu a po 4 godzinach jest wysoce istotna statystycznie, ból bowiem zmalał bardzo wyraźnie. Zmalał również po 6 godzinach w stosunku do bólu po 4 godzinach, także w tym wypadku różnica jest istotna. Po 2 kolejnych godzinach ból wzrósł, ale w sposób nieistotny statystycznie, zaś w 12. godzinie po zabiegu pojawiła się kolejna wysoce istotna różnica dotycząca spadku odczuwanego bólu [19].

Cyl i wsp. [14] objęli 2-letnią obserwacją kliniczną 684 chorych (446 kobiet i 238 mężczyzn) poddanych różnym zabiegom z zakresu chirurgii stomatologicznej w procedurach jednodniowych. Do oceny subiektywnych odczuć bólowych u leczonych pacjentów zastosowano wizualno-analogową skalę VAS. Spośród chorych subiektywne odczucia bólowe w 1. i 2. dobie po zabiegu zgłosiło 79 osób, na poziomie 3 i 4 w skali VAS. Ból utrzymywał się przez 1–3 godziny po zabiegu. Badani nie przyjmowali żadnego leku przeciwbólowego, tłumacząc to niechęcią do zażywania leków w ogóle i obawą przed ich działaniem niepożądanym [14].

W badaniu Przychodzkiej i wsp. [15] nasilenie bólu w pierwszej dobie po zabiegu ankietowani oceniali w skali VAS średnio na  $4,16 \pm 2,59$  pkt ( $Me = 4$ ).

W przeprowadzonych badaniach własnych najwięcej osób (25%) jako najsilniejszy odczuwany ból w 3. dobie po operacji wskazało 8 pkt w skali VAS. Respondenci przy określeniu bólu za pomocą skali opisowej w większości najsilniejszy odczuwany ból w ciągu ostatnich 24 godzin określali jako „ból o średnim nasileniu”. W przypadku najłagodszego odczuwanego bólu w 3. dobie po zabiegu największa grupa badanych (21%) zaznaczyła 2 na skali bólu VAS oraz określiła go jako bardzo mały (33%) w opisowej skali bólu.

W badaniach przeprowadzonych przez Kołodzieja i Karpel [18] w 4. dobie najczęściej chorych deklarowało ból na poziomie 1–3 punktów. W badaniu Grochans i wsp. [8], bez względu na metodę oceny nasilenia bólu pooperacyjnego, w 1. oraz 3. dobie po zabiegu nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w subiektywnych opiniach między osobami operowanymi w znieczuleniu ogólnym a tymi, u których zastosowano znieczulenie przewodowe (we wszystkich przypadkach  $p > 0,05$ ) [8].

W badaniu Przychodzkiej i wsp. [15] pacjenci w grupie sygnalizującej ból o łagodnym nasileniu charakteryzowali ból głównie jako rwący (13,86%) i pojawiający się przy dotykaniu chorego miejsca (13,86%). Ból umiarkowany ankietowani najczęściej oceniali jako kłujący (10,89%) i powodujący mdłości (11,88%), a silny ból zazwyczaj jako ostry (8,91%), uciążliwy (8,91%) oraz wyczerpujący (8,91%) [15].

W obecnym badaniu 35% osób podało piekący charakter odczuwanego bólu, 32% określiło go jako kłujący, zaś 14% jako tępy. Inni badani (11%) odczuwali pulsowanie, a jeszcze inni (7%) mieli uczucie rozrywania.

Respondenci z badania Grochans i wsp. [8] w większości uznali leczenie bólu za satysfakcjonujące (87%), przy czym w 60% przypadków były to jedynie metody farmakologiczne. Blisko co trzeci ankietowany (30%) uznał jednak, że ból po operacji był znacznie silniejszy niż spodziewany [8].

Podobnie w obecnym badaniu 31% ankietowanych uważało, że ból będzie silniejszy, a 30% – że słabszy. Jednak odpowiedzi na to pytanie są sprzeczne z odpowiedzią na inne pytanie dotyczące poziomu satysfakcji ze sposobu uśmierzenia bólu. W tej kwestii aż 95% ankietowanych było zadowolonych ze skuteczności leczenia przeciwbólowego po zabiegu chirurgicznym. W przypadku stopnia zadowolenia z zaproponowanych leków przeciwbólowych najwięcej, bo 36 osób (36%), wskazało 10 na skali VAS, czyli bardzo duże zadowolenie z uśmierzenia bólu po zabiegu.

W badaniu Przychodzkiej i wsp. [15] chorzy najczęściej radzili sobie z bólem, stosując środki farmakologiczne przyjmowane doustnie (73,8%), natomiast rzadziej odpoczywali (31,3%), przyjmowali zastrzyki przeciwbólowe (23,8%), stosowali kompresy lub okłady (2,5%) bądź stosowali inne metody (16,3%). Tylko 32,7% badanych potwierdziło, że zastosowana terapia przeciwbólowa była skuteczna i nie odczuwali żadnego bólu, natomiast 47,5% ankietowanych przyznało, że terapia była dość skuteczna, ale mimo to czasami odczuwali ból, a 19,8% badanych stwierdziło, że terapia była mało skuteczna i przez większość czasu odczuwali ból [15]. W obecnym badaniu wykazano, że 95% ankietowanych było zadowolonych ze skuteczności zastosowanego leczenia przeciwbólowego po operacji.

Uzyskane wyniki mogą świadczyć o przekonaniu pacjentów o nieuchronności odczuwania bólu wiążącego się z zabiegiem chirurgicznym. Podobne wyniki uzyskano w badaniu Symonowicz [20].

Wydaje się, iż personel medyczny może mieć trudności w obiektywnej ocenie bólu. Na oddziale, w którym wykonywano obecne badanie, odczucia bólowe nie są oceniane za pomocą skal, mimo iż wielu autorów [7, 8, 12, 18] podkreśla celowość użycia tego typu pomiarów podczas walki z bólem pooperacyjnym.

Brak obiektywnej oceny stopnia nasilenia bólu może być powodem niewłaściwej terapii przeciwbólowej. Białecka [21] wskazuje, że ogromnym błędem jest stosowanie wielu preparatów z grupy NLPZ jednocześnie. Uważa także, że lekarze często wykluczają leki opioidowe w trakcie leczenia bólu pooperacyjnego.

Na podstawie przeprowadzonej ankiety można stwierdzić, że bardzo często po drobnych zabiegach endoskopowych jednocześnie stosowane są metamizol oraz ketoprofen, które w dużej mierze uśmierzały ból odczuwany przez pacjentów.

W przypadku 35% obecnie ankietowanych w trakcie leczenia bólu pooperacyjnego stosowano morfinę, podczas gdy po największych zabiegach urologicznych



(prostatektomii oraz cystektomii) we wszystkich przypadkach stosowano znieczulenie zewnątrzoponowe.

Grochans i wsp. [8] na podstawie swoich badań wnioskują, że ból pooperacyjny, mimo coraz doskonalszych metod jego uśmierzenia, z reguły towarzyszy pacjentom poddanym zabiegom chirurgicznym, ale przez to nadal jest, niestety, istotnym czynnikiem wpływającym na stan ogólny chorego. Zdaniem autorów [8] „lekarze, pielęgniarki i pacjenci odgrywają ważną rolę w niwelowaniu bólu pooperacyjnego, zarówno w zakresie monitorowania bólu, jak i jego zwalczania”, a „ważna i systematyczna obserwacja chorego w połączeniu z zapewnieniem mu wygodnej pozycji w łóżku, ciszy i spokoju, atmosfery zaufania i zainteresowania to obok środków farmakologicznych istotne elementy oceny otrzymanej opieki okołoperacyjnej”.

Falkowska i wsp. [9] oceniali skuteczność zwalczania bólu pooperacyjnego w placówkach posiadających certyfikat „Szpital bez bólu”. Badaniem objęto 208 pacjentów z 4 oddziałów chirurgicznych. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem polskiej wersji standaryzowanej skali klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym. Autorzy [9] wykazali istotne statystycznie różnice pomiędzy szpitalem nieposiadającym certyfikatu a szpitalem, który posiadał go najdłużej. W ich opinii posiadanie przez placówkę certyfikatu „Szpital bez bólu” przyczynia się do doskonalenia działań zwalczania bólu pooperacyjnego. Im dłużej szpital funkcjonuje w ramach standardów postępowania istotnych dla utrzymania akredytacji, tym większa jest skuteczność zwalczania bólu pooperacyjnego. Osoby, które kierowały się przy wyborze placówki jej udziałem w programie „Szpital bez bólu”, cechowały się znacznie większą satysfakcją z leczenia bólu niż pozostali respondenci [9].

Wiśniewska i wsp. [22] prowadzili badania wśród 27 chorych w III stadium niedokrwienia kończyn dolnych wg klasyfikacji Fontaine'a, bez zmian owrzodzeniowych i martwicy, z wykorzystaniem BPCQ. Wykazano, że badana grupa chorych należała do typu silnego zewnętrznego, a w kontroli bólu największe znaczenie badani przypisywali wpływowi lekarzy i opieki medycznej, a najmniejsze własnym możliwościom walki z bólem [22].

Żelazny i wsp. [23] badaniem, w którym wykorzystali BPCQ, objęli 60 pacjentów Oddziału Neurochirurgii Pomorskiego Centrum Traumatologii w Gdańsku. Wykazali, iż osoby z wyższym wykształceniem rzadziej wskazywały na znaczący wpływ lekarzy na odczuwanie bólu. Podobną tendencję (poziom trendu) zaobserwowano również u mężczyzn [23].

Ogińska-Bulik i Gurowiec [24] przeprowadzili badanie z udziałem 102 pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Wykorzystali w nim m.in. BPCQ. U kobiet i mężczyzn dominowały czynniki wewnętrzne kontroli bólu. Nie wykazano różnic dotyczących powyższego w zależności od wieku badanych. Wyniki badań

wskazały na powiązanie umiejscowienia kontroli bólu z radzeniem sobie z nim [24].

W przedstawionym badaniu okazało się, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni należeli do typu niezróżnicowanego silnego. Podobnie jak w badaniach Wiśniewskiej i wsp. [19], ankietowani podobną wagę w kontroli bólu przypisywali wpływowi lekarzy i opieki medycznej oraz przypadkowym zdarzeniom, a najniższą własnym możliwościom walki z bólem.

Podsumowaniem pracy mogą być słowa Érica-Emmanuela Schmitta, francuskiego dramaturga, eseisty i powieściopisarza, z wykształcenia filozofa, który w książce „Oskar i pani Róża” pisał: „Bo są dwa rodzaje bólu, Oskarku. Cierpienie fizyczne i cierpienie duchowe. Cierpienie fizyczne się znosi. Cierpienie duchowe się wybiera” [23].

## Wnioski

1. Poziom zadowolenia respondentów z uśmierzenia bólu pooperacyjnego był wysoki i prawie wszyscy uważali, że zastosowane leki przeciwbólowe były skuteczne.
2. Najwięcej osób najsilniejszy ból odczuwany po 24 godzinach od operacji oceniano na 8 pkt w skali VAS, natomiast w skali opisowej jako nasilenie średnie, a najstarszy ból na 2 pkt w skali VAS, w skali opisowej jako nasilenie bardzo małe.
3. Pod względem kontroli bólu zarówno kobiety, jak i mężczyźni należeli do typu niezróżnicowanego silnego, przypisując podobną wagę wpływowi lekarzy i opieki medycznej oraz przypadkowym zdarzeniom, a najniższą własnym możliwościom walki z bólem.

*Autorki deklarują brak konfliktu interesów.*

## Piśmiennictwo

1. Wordliczek J, Dobrogowski J. Leczenie bólu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 1-648.
2. Wordliczek J. Patofizjologia bólu. W: Medycyna bólu. Dobrogowski J, Wordliczek J (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 17-38.
3. Juszcak K. Rola pielęgniarki w zwalczaniu bólu pooperacyjnego. *Piel Chir Angiol* 2009; 4: 131-134.
4. Ulatowska A, Bączek G, Lewandowska H. Przegląd piśmiennictwa na temat bólu pooperacyjnego oraz jakości opieki pielęgniarskiej. *Piel Chir Angiol* 2012; 1: 7-12.
5. Bączek G, Ochmańska M, Stępień S. Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. *Probl Pielęg* 2009; 17: 173-177.
6. Knap M, Szyrmer B, Kowalczyk-Sroka B. Poziom wiedzy pielęgniarek z oddziałów zabiegowych na temat terapii bólu pooperacyjnego. *Probl Pielęg* 2012; 18: 129-133.
7. Misiótek H. Zapobieganie i monitorowanie bólu pooperacyjnego W: Ogólne powiktania pooperacyjne. Karpel E, Jałowiecki P (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009; 55-56.
8. Grochans E, Hyrcza V, Kuczyńska M i wsp. Subiektywna ocena bólu pooperacyjnego u pacjentów po wybranych zabiegach chirurgicznych. *Piel Chir Angiol* 2011; 2: 82-87.

9. Falkowska J, Szweda A, Garba P. Ocena skuteczności programu „Szpital bez bólu” – doświadczenia własne. *Ból* 2011; 12: 45-48.
10. Watson MS, Lukas CF, Hoy AM, Back JN. Opieka paliatywna. Urban & Partner, Wrocław 2005; 1-820.
11. Szadujkis-Szadurski L, Szadujkis-Szadurska K. Leki przeciwbólowe W: Farmakologia. Rajter-Cynke G (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007; 64-78.
12. Larysz A, Czapla K, Copik I. Ból jako piąty parametr życiowy. *Mag Pielęg Pol* 2013; 6: 40-42.
13. Łebkowski Ł, Biątek P, Uryszek M i wsp. Ocena ryzyka powstania bólu pooperacyjnego w operacjach naprawczych przepukliny pachwinowej metodą Lichtensteina. *Chir Pol* 2007; 9: 218-222.
14. Cyl M, Tarazewicz M, Janas A. Ocena subiektywnych odczuć bólowych pacjentów operowanych w procedurach chirurgii jednego dnia. *Poradnik Stomatologiczny* 2011; 11: 57-59.
15. Przychodzka E, Lorencewicz R, Turowski K, Jurczuk-Andrzejczuk R. Ból w okresie przed- i pooperacyjnym u pacjentów neurochirurgicznych. *Zdrowie i Dobrostan* 2013; 1: 163-177.
16. Gaszyński W, Żaryski W, Gaszyński T. Współczesne metody farmakologicznego leczenia bólu pooperacyjnego. *Ordynator Leków* 2005; 11-12: 49-50.
17. Przewoźnik E, Kapała W. Słownik bólu, czyli najczęściej stosowane określenia bólu po różnego rodzaju zabiegach operacyjnych. *Pielęg Pol* 2007; 1: 23-24.
18. Kotodziej W, Karpel E. Ból pooperacyjny na oddziale chirurgicznym w ocenie ankietowanego badania z zastosowaniem kwestionariusza McGilla-Melzacka – doniesienia wstępne. *Probl Pielęg* 2008; 16: 231-236.
19. Raszka A, Karabanowicz A, Harat M. Metoda PCA w zwalczaniu bólu w pierwszej dobie po operacji kręgosłupa. *PNN* 2013; 2: 57-62.
20. Symonowicz I. Organizacja systemu leczenia bólu pooperacyjnego w Szpitalu Powiatowym w Milczu w oparciu o analizę stanu zastanego oraz ocena efektywności nowych rozwiązań. *Ból* 2003; 4: 35-45.
21. Biátecka M. Najczęstsze błędy popełniane w leczeniu bólu. *Med Dypl* 2013; 3: 64-70.
22. Wiśniewska A, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J. Przekonania na temat kontroli bólu u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. *Piel Chir Angiol* 2009; 3: 113-121.
23. Żelazny P, Biedrowski P, Rezner M. Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategię radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. *PPiN* 2013; 22: 251-258.
24. Ogińska-Bulik N, Gurowiec P. Umiejscowienie kontroli a radzenie sobie z bólem u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Folia Psychologica* 2002; 6: 61-70.
25. Schmitt EE. Oskar i Pani Róża. Wydawnictwo Znak Literanova, Kraków 2011; 54.