

POSTĘPOWANIE Z BÓLEM POOPERACYJNYM W SAMOOCENIE DZIAŁAŃ PIELĘGNIARSKICH

Postoperative pain management in self-assessment of nursing actions



Aleksandra Popow¹, Katarzyna Cierznikowska¹, Elżbieta Kozłowska¹, Anna Burak², Renata Jabłońska¹, Maria T. Szewczyk¹

¹Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Katedra Medycyny Ratunkowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2019; 4: 130–135

Praca wpłynęła: 20.08.2019; przyjęto do druku: 26.11.2019

Adres do korespondencji:

Katarzyna Cierznikowska, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Łukasiewicza 1, 85-821 Bydgoszcz, e-mail: kasia.cier@o2.pl

Streszczenie

Cel pracy: Samoocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie postępowania z bólem pooperacyjnym.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w formie ankietowej w grupie 96 pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych. Do badania posłużyły kwestionariusz zawierający dane demograficzne oraz arkusz standaryzowany: Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym (KWJPBP) – wersja dla pielęgniarek. Składa się ona z 12 pytań podzielonych na cztery podskale: Komunikowanie, Działanie, Zaufanie i Środowisko.

Wyniki: Średnie wartości punktowe uzyskane przez respondentów dla wyniku ogólnego skali KWJPBP i dla poszczególnych podskali były niższe niż określone dla badanych parametrów wartości pożądane. Tylko niektóre stwierdzenia były punktowane powyżej wartości oczekiwanych. Głównie dotyczyły one skutecznego uśmierzenia bólu ($4,56 \pm 0,63$ pkt), wrażliwości na obserwowane symptomy bólu ($4,71 \pm 0,54$ pkt) oraz udzielania pomocy choremu w znalezieniu wygodnej pozycji pozwalającej uniknąć bólu lub go zmniejszyć ($4,58 \pm 0,67$ pkt). Najniżej oceniono kwestię mniej liczby dyżurujących pielęgniarek, co przekłada się na szybkość reakcji na ból u chorego ($2,99 \pm 1,25$ pkt). Jakość świadczonej opieki w zakresie leczenia bólu była bardzo zróżnicowana w zależności od oddziału, na którym prowadzono badania.

Wnioski: W samoocenie jakości świadczonej opieki pielęgniarskiej w zakresie postępowania z bólem pooperacyjnym uzyskane wskaźniki były niższe niż określone przez twórców skali wartości pożądane. Różniły się one w istotny sposób w zależności od oddziału, na którym prowadzono badania. Wykształcenie pielęgniarek i udział w szkoleniach tematycznie powiązanych z terapią bólu w niewielkim stopniu modyfikowały postępowanie z bólem pooperacyjnym.

Słowa kluczowe: ból pooperacyjny, jakość opieki, opieka pielęgniarska.

Summary

Aim of the study: Self-assessment of nursery care quality in terms of managing postoperative pain.

Material and methods: The research was conducted in questionnaire form among a group of 96 nurses working on clinical wards. The research used a questionnaire with demographic data and standardised sheet: Scale of Clinic Quality Indicators of Postoperative Pain Management: version for nurses. It contains 12 questions categorised in four subscales: Communication, Actions, Trust, and Environment.

Results: Average point values obtained by respondents for the overall result of the Scale of Clinic Quality Indicators of Postoperative Pain Management and particular subscales were lower than the desired values described for researched parameters. Only a couple of statements were scored above the estimated values. They concerned mainly the effective pain killing (4.56 ± 0.63 pts), vulnerability for observed pain symptoms (4.71 ± 0.54 pts), and helping the patient to find the ideal position to eliminate or lower his/her pain (4.58 ± 0.67 pts). Low number of nurses was least valued (2.99 ± 1.25 pts). The quality of nursing care in terms of pain management was significantly different depending on the ward in which the research was conducted.

Conclusions: In self-assessment of nursing care quality of managing postoperative pain, the obtained indicators were lower than the scale creators' estimated values. They differed in a significant way depending on the ward where the research was conducted. Nurses' education and the training courses they had taken part in concerning pain therapy barely modified the postoperative pain management.

Key words: postoperative pain, quality of care, nursing care.

Wstęp

Ból stanowi subiektywne nieprzyjemne odczucie somatyczne i psychiczne. Jego nasilenie jest uzależnione od indywidualnych cech doświadczającej go osoby, dlatego nigdy nie wolno bagatelizować dolegliwości zgłaszanych przez chorego [1].

Człowiek poszukiwał sposobów łagodzenia bólu niemal od początku dziejów. Już w starożytności pojawiały się wzmianki o uśmierzaniu bólu poprzez stosowanie ziół, innych środków spożywczych, temperatury czy masażu. Jednocześnie był to okres, w którym uważano, że odczuwanie bólu jest karą zesłaną przez bogów i działaniem demonów, a postępowanie polegało głównie na praktykach mistycznych odprawianych przez szamanów i kaptanów w postaci zaklęć, czarów czy składania ofiar. Znaczący przełom w leczeniu bólu nastąpił w XIX wieku, kiedy pojawiły się możliwości wyizolowania substancji leczniczych ze znanych wcześniej ziół i roślin. Dało to początek produkcji leków przeciwbólowych. W XX wieku rozwinęło się przekonanie, że do leczenia bólu należy podchodzić kompleksowo, nie tylko przez działanie farmakologiczne, lecz także wszechstronne zajęcie się chorym uwzględniające pomoc psychologiczną i przeciwbólowe zabiegi terapeutyczne [2]. Tego typu wielokierunkowe postępowanie terapeutyczne funkcjonuje do tej pory, szczególnie w leczeniu bólu przewlekłego [3].

Dolegliwości bólowe związane ze śródoperacyjnym uszkodzeniem tkanek określane są jako ból ostry. Jest to ból, który powinien być łagodzony możliwie najwcześniej i najskuteczniej. Niewłaściwe leczenie bólu ostrego może wywoływać u chorego niekorzystne skutki fizyczne i negatywne reakcje emocjonalne, obniżać jego satysfakcję, zwiększać częstość występowania powikłań, stać się przyczyną rozwinięcia przetrwałego bólu pooperacyjnego, a nawet zwiększać śmiertelność okołoperacyjną [4, 5]. Pomimo istniejących wytycznych postępowania z bólem pooperacyjnym wielu pacjentów nadal doświadcza silnych dolegliwości bólowych [4]. Poprawa jakości leczenia bólu powinna uwzględniać wprowadzanie nowoczesnych sposobów terapii opartych na dowodach naukowych, algorytmów leczenia farmakologicznego, edukowanie chorego oraz szkolenia personelu medycznego aż po konieczne zmiany organizacji pracy [6, 7]. W skutecznym leczeniu bólu pooperacyjnego kluczową rolę odgrywa ocena jego natężenia dokonywana kilkakrotnie w ciągu dnia. System oceny i monitorowania bólu sprawia, że pacjent staje się aktywnym uczestnikiem leczenia. System ten stanowi również narzędzie komunikacji między członkami zespołu terapeutycznego na temat postępowania z bólem [8].

Celem badań była samoocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie postępowania z bólem pooperacyjnym.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w jednym ze szpitali w Bydgoszczy wśród osób pracujących na oddziałach zabiegowych. Grupa badana liczyła 96 pielęgniarek i pielęgniarzy z oddziałów: chirurgii, neurochirurgii, laryngologii, urologii, ortopedii i angiologii. Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny. Na ich prowadzenie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy *Collegium Medicum* w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Badanie przeprowadzono w formie ankietowej. Do badania posłużyły kwestionariusz zawierający dane demograficzne oraz arkusz standaryzowany: Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym – wersja dla pielęgniarek (KWJPBP). Wersja ta składa się z 12 pytań podzielonych na cztery podskale: Komunikowanie, Działanie, Zaufanie i Środowisko. Odpowiedzi na pytania udzielane są na 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza *zdecydowanie się nie zgadzam*, a 5 oznacza *zdecydowanie się zgadzam*. Niższe wartości punktowe oznaczają niedoskonałości w świadczeniu opieki w zakresie leczenia bólu. Zakres wyniku ogólnego skali wynosi 12–60 pkt.

Obliczenia statystyczne wykonano za pomocą programów Microsoft Excel i Statistica PL. Za istotną statystycznie zależność między zmiennymi uznano odpowiadający otrzymanej statystyce poziom istotności $p < 0,05$.

Grupa badana

Grupę badaną stanowiły pielęgniarki i pielęgniarze pracujący na oddziałach zabiegowych, odpowiednio: na oddziale chirurgii – 21 (21,9%), neurochirurgii – 17 (17,7%), laryngologii – 12 (12,5%), angiologii – 12 (12,5%), urologii – 14 (14,6%) i ortopedii – 20 (20,8%), łącznie 96 osób. Kobiety stanowiły 95,8% ($n = 92$) całej grupy. Zdecydowana większość badanych mieszkała w mieście – 83,4% ($n = 81$). W związku małżeńskim było 66,7% ($n = 64$) badanych, stan wolny deklarowało 32,3% ($n = 31$), a jedna badana ($n = 1$, 1%) była wdową.

Wiek i staż pracy badanych

Średnia wieku badanych wynosiła $42,68 \pm 8,88$ roku. Staż pracy w zawodzie zawierał się w przedziale od 0,5 roku do 41 lat. Szczegółowe dane dotyczące wieku i czasu pracy przedstawiono w tabeli 1.

Wykształcenie badanych

Nieco ponad połowa badanych miała wykształcenie średnie ($n = 52$, 54,2%). Wykształceniem wyższym licencjackim legitymowało się 18,7% ($n = 18$), pozostałe 27,1% ($n = 26$) uzyskało tytuł magistra pielęgniarstwa.

Tabela 1. Wiek i staż pracy badanych

Parametr	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odchylenie standardowe
wiek	42,68	43	21	61	8,88
staż pracy w zawodzie	20,58	21	0,5	41	9,88
staż pracy na oddziale	16,36	16	0,5	38	10,06

Tabela 2. Rodzaje kursów i szkoleń związanych z tematyką leczenia bólu

Rodzaj kursu/szkolenia	Liczba osób
kurs specjalistyczny „Terapia bólu ostrego u dorosłych”	16
kurs specjalistyczny „Terapia bólu przewlekłego u dorosłych”	4
szkolenia wewnątrzszpitalne związane z tematyką bólu	26
szkolenia wewnątrzoddziałowe związane z tematyką bólu	57
inne	1

Specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego miało 19 osób (19,8%), w innych dziedzinach – 4 osoby, odpowiednio: pielęgniarstwa geriatrycznego ($n = 1$, 1%), pielęgniarstwa neurologicznego ($n = 1$, 1%) i pielęgniarstwa zachowawczego ($n = 2$, 2,1%).

Pozytywnej odpowiedzi na pytanie dotyczące uczestnictwa w szkoleniach i kursach na temat leczenia bólu udzieliło 71,9% ($n = 69$) badanych. Z kolei 28,1% ($n = 27$) nigdy nie brało udziału w tego typu szkoleniach. Trzydzieści siedem (38,5%) osób uczestniczyło w jednym spośród wymienionych w tabeli 2 rodzajów szkoleń, 28 (29,2%) – w dwóch rodzajach, a w trzech i czterech po dwie (2,1%) osoby.

Wyniki

Dla wyniku ogólnego skali KWJPBP i dla poszczególnych podskali zostały określone pożądane minimalne wartości punktowe. W przeprowadzonych badaniach średnie wartości nie osiągnęły wartości pożądanych, zarówno dla całej skali, jak i jej zakresów cząstkowych (tab. 3). Wartości średnie powyżej wymaganych uzyskały 4 z 12 stwierdzeń, w tym stwierdzenie: *Pomagalam pacjentowi w uśmierzeniu bólu, dopóki nie odczuł ulgi* w podskali Zaufanie ($4,56 \pm 0,63$ pkt). Żaden z respondentów nie udzielił odpowiedzi negatywnej. W podskali Działanie trzy stwierdzenia uzyskały pożądaną minimalną punktację. Dotyczyły one pytania chorych o subiektywne określenie nasilenia dolegliwości bólowych ($4,81 \pm 0,4$ pkt), obserwacje symptomów dolegliwości bólowych (*Pytałam pacjenta, czy nie ma dolegliwości bólowych, gdy zauważyłam, że był niespokojny, głąbo-*

*ko oddychał, zmieniał pozycję; 4,71 $\pm 0,54$ pkt) oraz o udzielanie pomocy choremu w znalezieniu wygodnej pozycji pozwalającej uniknąć bólu lub go zmniejszyć ($4,58 \pm 0,67$ pkt). Odsetek odpowiedzi negatywnych na te pytania był minimalny (1%). Najniżej punktowane było stwierdzenie zamieszczone w podskali Środowisko: *Na dyżurze jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby szybko zareagować na prośbę pacjenta o uśmierzenie bólu* ($2,99 \pm 1,25$ pkt). Świadczy o tym również najwyższy odsetek negatywnych odpowiedzi (15,6%).*

Ze szczegółowej analizy danych wynika, że pożądana minimalna punktacja dla wyniku ogólnego skali oraz dla podskali Środowisko nie została osiągnięta na żadnym z oddziałów, na których prowadzono badania. Wynik wyższy niż pożądana minimalna punktacja dla podskali Komunikowanie uzyskał tylko jeden oddział, dla podskali Działanie – dwa oddziały, a dla podskali Zaufanie – połowa badanych oddziałów. Pomędzy wartościami średnimi dla całej skali i trzech podskali występują istotne różnice statystyczne ($p < 0,05$) (tab. 4). Nazwy poszczególnych oddziałów zostały zastąpione symbolami i wymienione w przypadkowej kolejności.

Pielęgniarki z wykształceniem magisterskim oceniały świadczoną opiekę w zakresie postępowania z bólem lepiej niż pozostałe. Jedynie w kwestii udzielania informacji o planowanym leczeniu bólu w okresie pooperacyjnym odnotowane wartości średnie były wyższe w grupie osób z wykształceniem licencjackim (Komunikowanie). Różnica uzyskiwanych punktów w zależności od wykształcenia badanych była istotna statystycznie wyłącznie dla podskali Zaufanie (tab. 5).

Pielęgniarki specjalistki osiągnęły wyższe wskaźniki skali KWJPBP we wszystkich obszarach w stosunku do pielęgniarek bez specjalizacji. Istotną statystycznie różnicę obserwowano dla sumy punktacji oraz podskali Działanie (tab. 6).

Na wskaźniki jakości postępowania z bólem pooperacyjnym nie wpływał wiek badanych, staż pracy w zawodzie ani staż pracy na oddziale. Liczba ukończonych szkoleń tematycznie związanych z terapią bólu miała istotny wpływ na udzielanie informacji o planie leczenia oferowanego choremu po operacji ($p = 0,047$).

Dyskusja

Ból występujący w okresie pooperacyjnym jest niekorzystnym zjawiskiem. Ogranicza aktywność chorych,

Tabela 3. Ocena jakości opieki według Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym w badanej grupie

Podskale	Średnia	Odchylenie standardowe	n (%) osób z 1 lub 2 pkt	Min.	Maks.
Wynik ogólny (zakres: 12–60 pkt, 54 pkt*)	50,05	5,80	–	34	60
Komunikowanie (zakres: 1–5 pkt, 4,5 pkt*)	3,94	1,11	–	1	5
<i>Przed operacją poinformowałam pacjenta o sposobie zwalczania bólu, jaki będzie mu zaoferowany po zabiegu</i>	3,94	1,11	10 (7,3)	1	5
Działanie (zakres: 4–20 pkt, 18 pkt*)	17,76	1,85	–	12	20
<i>Po operacji rozmawiałam z pacjentem o tym, jak chciałby, aby jego ból był zwalczany</i>	3,60	1,13	12 (6,25)	1	5
<i>Pacjent otrzymał pomoc w znalezieniu wygodnej pozycji w łóżku, która pozwoliła mu uniknąć bólu lub zmniejszyła dolegliwości</i>	4,58	0,67	1 (1)	2	5
<i>Pytałam pacjenta, czy nie ma dolegliwości bólowych, gdy zauważyłam, że był niespokojny, głęboko oddychał, zmieniał pozycję</i>	4,71	0,54	0	3	5
<i>Prosiłam pacjenta o określenie w skali od 1 do 10 poziomu bólu co najmniej raz rano, wieczorem i w południe</i>	4,86	0,40	0	3	5
Zaufanie (zakres: 4–20 pkt, 18 pkt*)	17,43	2,10	–	10	20
<i>Nawet jeśli nie zawsze pacjent prosił, to otrzymywał leki przeciwbólowe</i>	4,42	0,89	3 (2,1)	1	5
<i>Pomagałam pacjentowi w uśmierzeniu bólu, dopóki nie odczuł ulgi</i>	4,56	0,63	0	3	5
<i>Posiadam wiedzę na temat uśmierzenia bólu</i>	4,30	0,70	1 (1)	1	5
<i>Wierzę pacjentowi, gdy mówi, że odczuwa ból</i>	4,15	0,92	5 (4,2)	1	5
Środowisko (zakres: 3–15 pkt, 13,5 pkt*)	10,93	2,53	–	5	15
<i>Zapewniłam pacjentowi ciszę i spokój, aby miał spokojny sen</i>	4,26	0,88	3 (2,1)	1	5
<i>Zapewniłam pacjentowi miły/przyjazny pokój</i>	3,68	1,12	11 (6,25)	1	5
<i>Na dyżurze jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby szybko zareagować na prośbę pacjenta o uśmierzenie bólu</i>	2,99	1,25	31 (15,6)	1	5

* pożądana minimalna punktacja

wzmaga lęk oraz wyzwała różne reakcje emocjonalne. Postępowanie wielodyscyplinarne w uśmierzeniu bólu ma na celu zapewnienie choremu komfortu fizycznego i psychicznego. Poza stosowaniem przeciwbólowych środków farmakologicznych niezwykle istotne są kontakt z chorym, określanie nasilenia dolegliwości, sprawne wykonywanie zabiegów medycznych i pielęgnacyjnych, poszanowanie intymności czy zapewnienie wygodnej pozycji, spokoju i warunków do wypoczynku oraz snu w porze nocnej. Informowanie chorych o sposobach zgłaszania bólu oraz szybkie reagowanie na ich uwagi, działanie w atmosferze zaufania i życzliwości również wpływają na minimalizowanie bólu. Chory powinien mieć możliwość rozmowy z pielęgniarką, uzyskać odpowiedzi na zgłaszane wątpliwości – np. gdy ból nie jest zlokalizowany bezpośrednio w operowa-

nym miejscu. Wdrażane w okresie przedoperacyjnym procedury polegające na rozmowie z chorym o postępowaniu przeciwbólowym po zabiegu (plan leczenia bólu, regularne godzinowe podawanie leków lub stały wlew w pompie infuzyjnej), objaśnieniu stosowanej w danej jednostce skali bólu oraz wypracowany system komunikacji z cierpiącym pacjentem w istotny sposób zmniejszają lęk chorego i pozwalają zapobiegać z wyprzedzeniem spodziewanym dolegliwościom bólowym [1, 9, 10].

Zastosowana w badaniu skala KWJPBP jest doskonałym narzędziem wykorzystywanym w praktyce klinicznej do samooceny jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie postępowania z bólem [11]. W badanej grupie nie osiągnięto pożądaných minimalnych wartości dla całej skali i jej poszczególnych podskali. Po-

Tabela 4. Porównanie wartości średnich uzyskanych w grupie badanych dla poszczególnych oddziałów (kolejność przypadkowa) dla wyniku ogólnego Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym i czterech podskali

KWJPBP	Oddział						p**
	A	B	C	D	E	F	
Wynik ogólny (54 pkt*)	48,65 ±4,43	52,9 ±5,58	52,58 ±4,77	52,5 ±3,42	50,78 ±5,67	44,75 ±5,33	0,0001
Komunikowanie (4,5 pkt*)	3,53 ±1,07	4,28 ±0,78	4,58 ±0,99	4,08 ±0,79	4,0 ±1,11	3,4 ±1,39	0,0236
Działanie (18 pkt*)	17,59 ±1,7	18,19 ±1,6	17,92 ±1,78	18,5 ±1,24	17,93 ±2,2	16,8 ±2,09	0,1663
Zaufanie (18 pkt*)	17,06 ±2,04	18,52 ±1,75	18,33 ±1,37	18,0 ±1,41	16,86 ±2,74	16,1 ±1,89	0,0018
Środowisko (13,5 pkt*)	10,47 ±2,43	11,9 ±2,21	11,75 ±2,67	11,92 ±1,93	12,0 ±1,75	8,45 ±1,96	< 0,00001

* pożądana minimalna punktacja, ** test Kruskala-Wallis

Tabela 5. Porównanie wartości średnich uzyskanych w grupie badanych w zależności od stopnia wykształcenia dla wyniku ogólnego Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym i czterech podskali

KWJPBP	Wykształcenie			p**
	piel. dypl. (n = 52)	lic. piel. (n = 18)	mgr piel. (n = 26)	
Wynik ogólny (54 pkt*)	48,96 ±6,07	49,94 ±5,33	52,31 ±5,07	0,0566
Komunikowanie (4,5 pkt*)	3,96 ±1,12	3,44 ±1,2	4,23 ±0,95	0,0775
Działanie (18 pkt*)	17,62 ±1,92	17,56 ±1,76	18,19 ±1,77	0,2982
Zaufanie (18 pkt*)	16,85 ±2,33	18,0 ±1,53	18,19 ±1,58	0,0222
Środowisko (13,5 pkt*)	10,54 ±2,63	10,94 ±2,36	11,69 ±2,33	0,1569

* pożądana minimalna punktacja, ** test Kruskala-Wallis

Tabela 6. Porównanie wartości średnich uzyskanych w grupie badanych w zależności od posiadania specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa dla wyniku ogólnego Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym i czterech podskali

KWJPBP	Specjalizacja		Wartość testu t	df	p (t)
	nie (n = 73)	tak (n = 23)			
Wynik ogólny (54 pkt*)	49,38 ±5,80	52,17 ±5,38	-2,04442	94	0,0437
Komunikowanie (4,5 pkt*)	3,86 ±1,11	4,17 ±1,11	-1,17076	94	0,2447
Działanie (18 pkt*)	17,48 ±1,86	18,65 ±1,53	-2,73874	94	0,0074
Zaufanie (18 pkt*)	17,34 ±2,16	17,70 ±1,92	-0,70270	94	0,4840
Środowisko (13,5 pkt*)	10,70 ±2,48	11,65 ±2,59	-1,59093	94	0,1150

* pożądana minimalna punktacja

dobną ocenę świadczeń wobec chorych z bólem uzyskano również w innych badaniach [12–14]. Dane ze Szwecji wykazują znacznie wyższe wartości dotyczące stwierdzenia: *Na dyżurze jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby szybko zareagować na prośbę pacjenta o uśmierzanie bólu* [13, 14]. Prawdopodobnie wynik ten odzwierciedla niedobory kadrowe w polskich szpitalach.

Współczesna praktyka kliniczna nie dysponuje narzędziami, które pozwoliłyby stwierdzić występowanie bólu i w sposób obiektywny ocenić jego natężenie. Standardem w monitorowaniu bólu pozostaje zatem subiektywna ocena chorego i to ona stanowi podstawę

do wdrożenia leczenia. Bagatelizowanie dolegliwości bólowych zgłaszanych przez chorego lub podważanie ich prawdziwości jest błędem [15]. W badanej grupie 4,2% pielęgniarek przyznało, że nie wierzy w ból zgłaszany przez pacjentów.

W wyjątkowych sytuacjach u pacjentów z utrudnionym kontaktem, przygnębionych czy niechętnie sygnalizujących swoje odczucia diagnoza dotycząca występowania bólu jest stawiana przez pielęgniarki na podstawie obserwacji i pomiarów. Zmienione zachowanie chorego, przyjmowana pozycja ciała, wygląd twarzy (grymas bólu, zaciskanie powiek), wydawane dźwięki (pojękiwanie, płacz, wzdychanie), niepokój świadczą

o występowaniu bólu. Ponadto do charakterystycznych objawów związanych z aktywacją układu współczulnego zalicza się podwyższone ciśnienie tętnicze, przyspieszony oddech i tętno, które po wykluczeniu innych przyczyn mogą wskazywać na ostry ból (pooperacyjny, pourazowy) [1, 15].

W podskali Działanie znalazło się stwierdzenie: *Pytałam pacjenta, czy nie ma dolegliwości bólowych, gdy zauważyłam, że był niespokojny, głęboko oddychał, zmieniał pozycję. Uzyskało ono jedną z najwyższych średnich wartości punktowych spośród wszystkich stwierdzeń. Wysokie wartości punktowe odnotowano również w odniesieniu do udzielania pomocy w znalezieniu wygodnej pozycji w łóżku, która pozwoliła choremu uniknąć bólu lub zmniejszyła dolegliwości. W opinii chorych takie postępowanie jest jak najbardziej pożądane. Według badania Borek i wsp. poza podaniem leków przeciwbólowych w zmniejszeniu dolegliwości bólowych pomagały zapewnienie wygodnej pozycji, okazanie zainteresowania i zrozumienia oraz rozmowa [16]. Wartości powyżej oczekiwanych na skali KWJPBP w obszarze Działanie (> 18 pkt) uzyskały pielęgniarki pracujące na dwóch oddziałach zabiegowych i pielęgniarki z tytułem specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa. Różnice w samoocenie jakości opieki były istotne statystycznie.*

Podczas planowania opieki nad chorym należy ponadto wziąć pod uwagę występowanie czynników podnoszących lub zmniejszających próg bólu. W skali KWJPBP uwzględniono je w podskali Środowisko. Badani ocenili ten zakres opieki najniżej ze wszystkich. Uzyskane wyniki różniły się istotnie w analizie danych z poszczególnych oddziałów zabiegowych.

Wnioski

W samoocenie jakości świadczonej opieki pielęgniarskiej w zakresie postępowania z bólem pooperacyjnym uzyskane wskaźniki były niższe niż określone przez twórców skali wartości pożądane. Różniły się one w istotny sposób w zależności od oddziału, na którym prowadzono badania. Wykształcenie pielęgniarek i udział w szkoleniach na temat terapii bólu w niewielkim stopniu modyfikowały postępowanie z bólem pooperacyjnym.

Podsumowanie

Wysoka jakość opieki nad chorym stała się wymogiem współczesnej medycyny i pielęgniarstwa. W tę jakość wpisuje się również właściwe postępowanie z bólem pooperacyjnym, a odzwierciedleniem dobrej praktyki klinicznej jest zmniejszenie cierpienia chorych i wzrost ich satysfakcji z leczenia.

Skala KWJPBP – wersja dla pielęgniarek stanowi dobre narzędzie wskazujące obszary wymagające korekty i może przyczynić się do poprawy jakości opieki nad chorym doświadczającym bólu w okresie pooperacyjnym.

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Paszkiewicz-Mes E. Rola pielęgniarki w leczeniu bólu po zabiegu operacyjnym. *Piel XXI Wieku* 2011; 4: 37-41.
2. Głowczewska-Siedlecka E, Mądra-Gackowska K, Nowacka K, Kędziora-Kornatowska K. History and development of pain treatment – the literature review about analgetic procedures from antiquity to present day. *J Educ Health Sport* 2016; 6: 479-488.
3. Dobrogowski J, Zajączkowska R, Dutka J, Wordliczek J. Patofizjologia i klasyfikacja bólu. *Pol Prz Neurol* 2011; 7: 20-30.
4. Misiotek H, Zajączkowska R, Daszkiewicz A i wsp. Postoperative pain management – 2018 consensus statement of the Section of Regional Anaesthesia and Pain Therapy of the Polish Society of Anaesthesiology and Intensive Therapy, the Polish Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy, the Polish Association for the Study of Pain and the National Consultant in Anaesthesiology and Intensive Therapy. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2018; 50: 173-199.
5. Carr ECJ, Meredith P, Chumbley G i wsp. Pain: a quality of care issue during patients' admission to hospital. *J Adv Nurs* 2014; 70: 1391-1404.
6. Mędrzycka-Dąbrowska W. Metody przedoperacyjnej edukacji pacjenta w zakresie leczenia bólu pooperacyjnego – przegląd piśmiennictwa. *Anest Ratow* 2014; 8: 356-360.
7. Mędrzycka-Dąbrowska WA, Dąbrowski S, Basiński A, Małecka-Dubiela A. Identification and Comparison of Barriers to Assessing and Combating Acute and Postoperative Pain in Elderly Patients in Surgical Wards of Polish Hospitals: A Multicenter Study. *Adv Clin Exp Med* 2016; 25: 135-144.
8. Ene KW, Nordberg G, Bergh I i wsp. Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. *J Clin Nurs* 2008; 17: 2042-2050.
9. Juszcak K. Pielęgniarska ocena stanu chorego z bólem pooperacyjnym. *Pielęg Chir Angiol* 2012; 4: 138-141.
10. Ulatowska A, Bączyk G, Lewandowska H. Przegląd piśmiennictwa na temat bólu pooperacyjnego oraz jakości opieki pielęgniarskiej. *Pielęg Chir Angiol* 2012; 1: 7-12.
11. 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.
12. Kietbasa L, Cygańska E, Kacprzak I. Ocena jakości monitorowania bólu pooperacyjnego w pielęgniarstwie chirurgicznym w ocenie pacjenta i pielęgniarki. *Przeds Zarz* 2013; 14: 23-32.
13. Gunningberg L, Idvall E. The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. *J Nurs Manag* 2007; 15: 756-766.
14. Idvall E, Berg M, Unosson M, Brudin L. Differences between nurse and patient assessments on postoperative pain management in two hospitals. *J Eval Clin Pract* 2005; 11: 444-451.
15. Kocot-Kępska M. Praktyka kliniczna – przewodnik leczenia bólu: Ból jest objawem subiektywnym – jak go oceniać? *Med Prakt* 2018; 4: 97-102.
16. Borek M, Szurlej A, Maciag D, Cichońska M. Ocena bólu pooperacyjnego jako element monitorowania stanu chorego po zabiegu operacyjnym. *Pol J Health Fitness* 2017; 5: 67-84.