

## Ból jako jeden z głównych problemów osób leczonych operacyjnie

Pain as one of the main problems of people treated with surgery

KATARZYNA BUDZYŃSKA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Szpital Lipno Sp. z o.o.

<http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2021.009>

### Streszczenie

**Wstęp.** Ból jest jednym z najczęstszych odczuć towarzyszących w życiu każdego człowieka. Właściwie prowadzona terapia przeciwbólowa jest podstawowym prawem pacjenta.

**Cel.** Celem pracy była ocena stopnia i rodzaju odczuwanego bólu wśród osób dorosłych leczonych operacyjnie.

**Materiały i metody.** W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, dzięki któremu pozyskano materiał do badań. Badania przeprowadzono za pomocą kwestionariusza ankiety własnego autorstwa, skali VAS oraz skróconej wersji kwestionariusza McGill.

**Wyniki.** Wśród badanej populacji 100% odczuwało ból występujący po zabiegu operacyjnym. Z danych procentowych wynika, że pacjenci aktualnie odczuwali najczęściej ból umiarkowany – 45,0% i łagodny – 37,0%. Po 8,0% pacjentów określiło ból jako silny lub nie występujący. Ból bardzo silny występował u 2,0% badanych. Aktualne dolegliwości bólowe wynosiły od 0 do 9 pkt wynosząc średnio  $M=4,28$  pkt przy  $SD=0,216$  pkt, a ból najczęściej określany był w skali od 0 do 10 na poziomie 5, na co wskazało 21,0% ankietowanych. Kobiety istotnie częściej też niż mężczyźni odczuwały ból w ciągu ostatniego tygodnia mierzonego skalą McGill ( $p=0,001$ ). Płeć różnicowała również nasilenie aktualnych dolegliwości bólowych ( $p=0,012$ ), które były istotnie wyższe u kobiet niż u mężczyzn. Płeć badanych różnicowała także występowanie i nasilenie bólu sensorycznego ( $p=0,010$ ), afektywnego ( $p=0,004$ ) i całościowego ( $p=0,005$ ) w ciągu ostatniego tygodnia.

Wykazano także, że doba po zabiegu różnicuje istotnie nasilenie aktualnego bólu w skali McGill ( $p=0,030$ ) i VAS ( $p=0,017$ ). Ból ten w obu skalach częściej towarzyszył osobom w II, I i III dobie po zabiegu niż pacjentom w czwartym i dalszym dniu po zabiegu.

**Wnioski.** Natężenie bólu pooperacyjnego w badanej pracy warunkowała płeć. Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni odczuwają siedem z piętnastu rodzajów bólu występujących podczas ostatniego tygodnia. Wiek pacjentów po przebytej operacji różnicuje natomiast odczuwanie pięciu z piętnastu typów bólu. Ból stanowi jeden z głównych problemów osób leczonych operacyjnie. Różne jego nasilenie i występowanie obserwujemy u pacjentów po przebytym zabiegu operacyjnym. Aktualny ból po operacji miał najczęściej charakter umiarkowany.

**Słowa kluczowe:** ból, ból pooperacyjny, skale oceny bólu, pacjent, chirurgia

### Summary

**Admission.** Pain is one of the most common feelings in a person's life. Properly conducted analgesic therapy is a fundamental right of the patient.

**Objective.** The aim of the study was to assess the degree and type of pain experienced in adults treated surgically.

**Materials and methods.** The paper uses the method of a diagnostic survey, thanks to which material for research was obtained. The research was carried out with the use of an own-made questionnaire, the VAS scale and the shortened version of the McGill questionnaire.

**Results.** 100% of the study population experienced pain following surgery. The percentage data show that the patients currently most often experienced moderate pain – 45,0% and mild pain – 37,0%. 8,0% of patients described the pain as severe or absent. Very severe pain occurred in 2,0% of the respondents. The current pain ailments ranged from 0 to 9 points, averaging  $M=4,28$  points with  $SD=0,216$  points, and pain was most often assessed on a scale from 0 to 10 at the level of 5, as indicated by 21,0% of the respondents. Women significantly more often than men experienced pain during the last week measured with the McGill scale ( $p=0,001$ ). Sex also differentiated the intensity of the current pain ( $p=0,012$ ), which was significantly higher in women than in men. The sex of the respondents also differentiated the occurrence and intensity of sensory

pain ( $p=0,010$ ), affective pain ( $p=0,004$ ) and overall pain ( $p=0,005$ ) during the last week. It has also been shown that the day after surgery significantly differentiates the intensity of current pain on the McGill scale ( $p=0,030$ ) and VAS ( $p=0,017$ ). In both scales, this pain was more common in patients on the 2<sup>nd</sup>, 1st and 3<sup>rd</sup> day after surgery than in patients on the fourth and later days after surgery.

**Conclusions.** The intensity of postoperative pain was determined by gender. Women significantly more often than men experience seven out of fifteen types of pain occurring during the last week. Pain is one of the main problems of people treated with surgery. It varies in severity and occurrence in patients who have undergone surgery. The current pain after surgery was usually moderate.

**Key words:** pain, postoperative pain, pain assessment scales, patient, surgery

## Wstęp

Ból jest jednym z najczęstszych odczuć towarzyszących w życiu każdego człowieka. Właściwie prowadzona terapia przeciwbólowa jest podstawowym prawem pacjenta.

Przebyty zabieg operacyjny jest ciężką sytuacją dla chorego. Ból po zabiegu chirurgicznym jest przeżyciem indywidualnym, zależnym od kilku czynników. Uśmierzenie bólu pooperacyjnego należy do priorytetów nowoczesnego leczenia chirurgicznego [1]. Pacjent po zabiegu operacyjnym odczuwa strach i lęk o swoje życie. Często ma poczucie bezradności i nie mocy, co może potęgować rozdrażnienie i agresję. Negatywne uczucia mają bezpośredni wpływ na czas rekonwalescencji. Pacjent, który nie cierpi ma możliwość uzyskania szybszego powrotu do pełnego zdrowia, zmniejszając tym ryzyko wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem [2]. Odczuwanie dolegliwości bólowych przez chorego zmniejsza jego poczucie satysfakcji z opieki medycznej [3]. Natomiast prowadzenie nieskutecznej terapii może prowadzić do przekształcenia się bólu pooperacyjnego w przewlekły ból pooperacyjny. Profesjonalne leczenie jest wielowymiarowe, obejmuje aspekt psychologiczny, społeczny i biologiczny. Ma na celu stworzyć pacjentowi poczucie subiektywnego komfortu w powrocie do pełnej sprawności.

## **Cel**

Celem pracy była ocena stopnia i rodzaju odczuwanego bólu wśród osób dorosłych leczonych operacyjnie.

## **Materiał i metody**

Badania zostały prowadzone wśród 100 osób objętych opieką w trakcie hospitalizacji w oddziale chirurgicznym, którzy poddani byli zabiegowi chirurgicznemu z przerwaniem ciągłości tkanek. Respondentami byli pacjentami oddziału Chirurgii w Szpitalu Lipnie Sp. z o.o., woj. kujawsko-pomorskie.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, umożliwiającą wykonanie teoretycznego opracowania, dzięki któremu pozyskano materiał do badań. W niniejszej pracy wykorzystanym narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej oraz wystandaryzowanych narzędzi jakim był kwestionariusz bólu McGill – wersja skrócona badający poziom i rodzaj odczuwanego bólu, skala VAS oceniająca poziom odczuwanego bólu. Do opracowania wyników przeprowadzonych badań oraz zweryfikowania postawionych hipotez zastosowano rozkład liczbowy, rozkład procentowy, test t studenta dla prób niezależnych, test jednoczynnikowej ANOVA. Zebrany materiał na bieżąco wprowadzano do specjalnie opracowanej na potrzebę badań bazy danych programu Excel. Wszystkie obliczenia wykonano w programie PASW Statistic 18. Uzyskane wyniki poddano analizie opisowej, graficznej oraz statystycznej. W obliczeniach przyjęto poziom statystyczności  $p < 0,05$ .

## **Wyniki**

Grupa respondentów liczyła 100 osób, w wieku powyżej 18 r.ż. Ankietowani byli pacjentami oddziału Chirurgii w Szpitalu Lipno Sp. z o. o.. Grupę badanych w 54% stanowili zaś kobiet było 46., co stanowiło 46%. Wśród ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 41-60 lat, co stanowi 46%, następane 24% badanych było w przedziale 26-40 lat, kolejną 22% grupę stanowiły osoby powyżej 61

lat, najmniej liczną grupą były osoby najmłodsze w wieku 18-25 lat – 8% ankietowanych. Rozkład ankietowanych według doby po przebytym zabiegu chirurgicznym wyglądał następująco: 51 osób było w I dobie po zabiegu (54%), 24 osoby były w II dobie po zabiegu (24%), dla 14 osób była to III doba po zabiegu (14%), najmniejszą grupę stanowiły osoby w IV i dalszej dobie po zabiegu, która wynosiła 11 osób (11%). Pacjenci w ciągu ostatniego tygodnia na skali od 0 do 100 mm odczuwali ból o wysokości  $M=50,74$  przy odchyleniu standardowym  $SD=2,471$ . Poziom odczuwanego bólu w ciągu ostatniego tygodnia w wyniku całosciowym skali wyniósł od 0,00 do 0,89, co dało wynik średni  $M=0,272$ . W 6-stopniowej skali natężenie aktualnego bólu wynosiło  $M=2,59$  pkt (ból umiarkowany). Z danych procentowych wynika, że pacjenci aktualnie odczuwali najczęściej ból umiarkowany – 45,0% i łagodny – 37,0%. Po 8,0% pacjentów określiło ból jako silny lub nie występujący. Ból bardzo silny występował u 2,0% badanych. Aktualne dolegliwości bólowe wynosiły od 0 do 9 pkt wynosząc średnio  $M=4,28$  pkt przy  $SD=0,216$  pkt, a ból najczęściej określany był w skali od 0 do 10 na poziomie 5, na co wskazało 21,0% ankietowanych. Z analizy korelacji r-Pearsona wynika, że istnieje dodatnia zależność między odczuwanym bólem obecnie a bólem odczuwanym w ciągu ostatniego tygodnia, między odczuwanym bólem obecnie a bólem odczuwanym w ciągu ostatniego tygodnia (wynik całosciowy) oraz między nasileniem odczuwanego bólu w skali McGill a odczuwanym bólem w ostatnim tygodniu ( $r=0,460$ ;  $p=0,000$ ) i nasileniem aktualnego bólu i odczuwanym bólem w ciągu ostatniego tygodnia mierzonymi kwestionariuszem McGill ( $r=0,407$ ;  $p=0,000$ ). Z danych statystycznych wynika, że pacjenci pooperacyjni najczęściej odczuwali ból, który pojawiał się podczas dotyknięcia miejsca chorego ( $M=1,55$ ), ból uciążliwy ( $M=1,41$ ), wyczerpujący/męczący ( $M=1,33$ ), rwący ( $M=1,28$ ) i przeszywający ( $M=1,07$ ). Najrzadziej pacjentom towarzyszył w ciągu ostatniego tygodnia ból bezlitosny ( $M=0,027$ ), gorący ( $M=0,35$ ) i straszliwy ( $M=0,47$ ). Ból rwący o różnym nasileniu odczuwało 63,0% badanych pacjentów. Pacjenci w 55,0% odczuwali różne nasilenie bólu przeszywającego. Pacjenci w 50,0% przypadkach odczu-

wali różne nasilenie bólu kłującego. 43,0% badanych pacjentów odczuwało ból ostry o różnym nasileniu. Ból skurczowy w ostatnim tygodniu odczuwało 41,0% badanych i miał on różne nasilenie. Ból gryzący odczuwało 14,0% badanych pacjentów. Ból gorący o różnym natężeniu odczuwało 34,0% badanych pacjentów. Ból uciążliwy towarzyszył 75,0% badanych pacjentom i miał on różne nasilenie. Ból ciężki występował u 43,0% badanych. Na występowanie bólu pojawiającego się przy dotknięciu chorego miejsca wskazało 75,0% badanych. Na występowanie bólu rozsadzającego wskazało 39,0% badanych pacjentów. Ból wyczerpujący występował u 71,0% badanych. W toku badań wykazano, że ból powodujący mdłości występował u 39,0% badanych. Z danych wynika, że ból straszliwy występował u 38,0% badanych. Ból okrutny odczuwany był przez 17,0% respondentów. W skali sensorycznej pacjenci uzyskali od 0 do 0,88 pkt, a wynik średni wyniósł  $M=0,021$ . W skali afektywnej wynik wahał się od 0,00 do 0,92 pkt i wyniósł średnio  $M=0,023$ . Wynika z tego, że pacjenci częściej odczuwali w ciągu ostatniego tygodnia ból afektywny niż sensoryczny, a różnice te były istotnie statystycznie. Porównywalne wyniki zostały przedstawiane przez Baczewską i wsp. [4], autorzy przeprowadzili badania na 95-osobowej grupie. Badania dotyczyły charakteru bólu, pacjenci określali swój ból jako: dokuczliwy, przykry, kłujący i świdrujący. W badaniach Gawędy i wsp. [2] prowadzonych na 189-osobowej populacji pacjentów pooperacyjnych ból najczęściej przybierał postać kłującą, ostrą i nawracającą. Respondenci Prochowicza i wsp. [5] określili charakter występującego bólu po operacji jako: piekący, kłujący, tępy oraz pulsujący. W doniesieniach naukowych potwierdza się także istnienie bólu miejscowego zlokalizowanego w miejscu chorem, w miejscu rany lub wyjścia drenów.

## Dyskusja

Dokonana analiza statystyczna wyników na 100-osobowej populacji leczonych operacyjnie potwierdziła postawioną hipotezę: Ból jest jednym z głównym problemów osób leczonych operacyjnie. Wyniki badań własnych potwierdza literatura przedmiotu, w której stwierdzono,

iż ból stanowi nieodłączne, wielowymiarowe zjawisko, które dotyczy każdej sfery ludzkiego życia. Ból wiąże się z chorobą, hospitalizacją i leczeniem pooperacyjnym. Jest to doznanie trudne i indywidualne dla każdego pacjenta. W badaniu Gawęda i wsp. przeprowadzonym na 189 respondentach pacjenci określali natężenie bólu w skali 0-10, wynik określił poczucie poziomu bólu po zabiegu operacyjnym na średnim poziomie (5,8). Podobne nasilenie bólu występowało także u pacjentów badanych przez Rybicką (n=115), gdzie średni poziom odczuwanego bólu w skali NRS wynosił 4,27 pkt (SD=2,44) oraz w badaniach Dziekiego i wsp. na 90-osobowej grupie pacjentów pooperacyjnych. Wszyscy respondenci odczuwali dolegliwości bólowe. Najwięcej ankietowanych obu płci oceniło je na poziomie umiarkowanym (5 pkt wg skali VAS). Ból jako integralną część okresu pooperacyjnego respondentów potwierdziły także badania Grochans i wsp. na 84-osobowej grupie pacjentów leczonych chirurgicznie [2, 6, 7, 8].

W toku analizy testem t dla prób niezależnych wykazano, że płeć istotnie różnicuje odczuwanie siedmiu z piętnastu rodzajów bólu występujących podczas ostatniego tygodnia. Różnice dotyczyły występowania bólu: przeszywającego (p=0,024), skurczowego (p=0,030), ciężkiego (p=0,022), pojawiający się przy dotknięciu chorego miejsca (p=0,003), rozsadzającego (p=0,029), wyczerpującego (p=0,014) i powodującego mdłości (p=0,000). Istotnie częściej wszystkie te typu bólu występowały silniej u kobiet niż u mężczyzn. Płeć badanych różnicowała także występowanie i nasilenie bólu sensorycznego (p=0,010), afektywnego (p=0,004) i całościowego (p=0,005) w ciągu ostatniego tygodnia. Istotnie częściej występowały one u kobiet niż u mężczyzn. Kobiety istotnie częściej też niż mężczyźni odczuwali ból w ciągu ostatniego tygodnia mierzonego skalą McGill (p=0,001).

Płeć różnicowała również nasilenie aktualnych dolegliwości bólowych (p=0,012), które były istotnie wyższe u kobiet niż u mężczyzn. Wyższe natężenie bólu w chwili badania również deklarowały kobiety w badaniu przeprowadzonym przez Kołodziej i wsp. przy użyciu współczynnika korelacji Spermmana wynosił on 0,14 (p<0,05) [9]. Zróżnicowa-

nie natężenia bólu ze względu na płeć potwierdzają także badania Gawędy i wsp. prowadzone wśród 189-osobowej populacji pacjentów po zabiegach operacyjnych przebywających na różnych oddziałach szpitalnych. Podobnie jak w badaniach własnych większe natężenie bólu występuje u kobiet niż u mężczyzn [2]. Na większe natężenie bólu u kobiet niż u mężczyzn wskazują także badania Rybickiej na 115-osobowej grupie pacjentów przygotowywanych do zabiegu udrożnienia tętnicy szyjnej [6]. Różnic tych nie potwierdzają natomiast doniesienia z badań Dzikiego i wsp. przeprowadzonych na 90-osobowej próbie osób dorosłych [7].

Płeć nie różnicowała aktualnie odczuwanego bólu według skali McGill ( $p > 0,05$ ). W toku analizy jednoczynnikową ANOVA wykazano, że wiek pacjentów po przebytej operacji różnicuje odczuwanie pięciu z piętnastu typów bólu. Różnice dotyczyły odczuwania i nasilenia bólu: skurczowego ( $p = 0,029$ ), uciążliwego ( $p = 0,036$ ), pojawiającego się przy dotykaniu chorego miejsca ( $p = 0,021$ ), wyczerpującego/męczącego ( $p = 0,021$ ) i bezlitosnego ( $p = 0,024$ ). Ból skurczowy istotnie częściej odczuwały osoby między 41 i 60 rokiem życia ( $M = 1,02$ ) i powyżej 61 roku życia ( $M = 0,67$ ) niż pacjenci do 40 roku życia. Ból uciążliwy najczęściej odczuwały osoby powyżej 61 lat ( $M = 2,00$ ), rzadziej zaś pozostali pacjenci. Ból pojawiający się przy dotykaniu odczuwali najczęściej pacjenci powyżej 61 lat i więcej ( $M = 2,19$ ) niż pacjenci od 18 do 60 roku życia. Ból wyczerpujący towarzyszył najczęściej pacjentom powyżej 61 lat ( $M = 1,95$ ), rzadziej zaś osobom najmłodszym (18-25 lat;  $M = 1,50$ ), a najrzadziej badanym w wieku średnim ( $M = 1,09$ ). Ból bezlitosny najczęściej odczuwali pacjenci między 24 a 40 rokiem życia ( $M = -0,63$ ), a najrzadziej pacjenci od 41 do 60 roku życia ( $M = 0,10$ ). Wiek różnicował także odczuwany ból w ciągu ostatniego tygodnia w 100-stopniowej skali McGill ( $p = 0,040$ ). Ból częściej występował u osób najstarszych wiekiem i najmłodszych, najrzadziej zaś u osób między 26 a 60 rokiem życia. Wiek nie różnicował aktualnie odczuwanego bólu według skali McGill i aktualnych dolegliwości bólowych w skali VAS ( $p > 0,05$ ). W toku analizy korelacji r-Pearsona wykazano istotne zależności mię-



dzy odczuwaniem bólu uciążliwego a wiekiem pacjentów ( $r=0,223$ ;  $p=0,026$ ) oraz bólu bezlitosnego/okrutnego a wiekiem pacjentów ( $r=-0,209$ ;  $p=0,038$ ). Nie wykazano natomiast istotnych zależności między wiekiem pacjentów a odczuwaniem w ciągu ostatniego tygodnia bólu sensorycznego, afektywnego i całościowego według skali McGill ( $p>0,05$ ), odczuwania bólu w ciągu ostatniego tygodnia w 100 mm skali McGill ( $p>0,05$ ), odczuwaniu aktualnego bólu sześciostopniowej skali McGill ( $p>0,05$ ) oraz odczuwaniem aktualnych dolegliwości bólowych na 10 stopniowej skali VAS ( $p>0,05$ ).

W badaniach Dzikiego i wsp. na 90-osobowej próbie badawczej nie wykazano związku istotnego statystycznie pomiędzy poziomem odczuwanych dolegliwości bólowych a wiekiem [7]. Odmienne wyniki uzyskała Gawęda i wsp. badająca 189 pacjentów pooperacyjnych. W badaniu tym wykazano zależność pomiędzy wiekiem, a poziomem natężenia dolegliwości bólowych. Osoby powyżej 40 r. ż. odczuwały wyższe nasilenie bólu niż młodsi respondenci [2]. Natomiast w 60-osobowej grupie badanych przez Jakubówa i wsp., natężenie bólu było zależne od wieku, niżej ból oceniali osoby starsze niż młodsze [10].

W przeprowadzonym badaniu nie potwierdzono w całości założonej hipotezy, iż istnieją różnice w rodzaju i nasileniu bólu a dobą po zabiegu operacyjnym. W toku analizy jednoczynnikową ANOVA wykazano, że doba po wykonanym zabiegu operacyjnym istotnie różnicowała odczuwanie tylko bólu strasznego w badanej grupie pacjentów ( $F=2,731$ ;  $p=0,048$ ). Ból straszliwy częściej odczuwał osoby w II dobie po zabiegu, a najrzadziej pacjenci z IV i dalszej dobie po zabiegu. Pozostałe rodzaje bólu, a także odczuwanie bólu sensorycznego, afektywnego i całościowego w ciągu ostatniego tygodnia nie była zróżnicowana ze względu na dobę po operacji co oznacza, że typu bólu miały takie same nasilenie. Wykazano także, że doba po zabiegu różnicuje istotnie nasilenie aktualnego bólu w skali McGill ( $p=0,030$ ) i VAS ( $p=0,017$ ). Ból ten w obu skalach częściej towarzyszył osobom w II, I i III dobie po zabiegu niż pacjentom w czwartym i dalszym dniu po zabiegu.

Nie wykazano natomiast istotnych różnic w odczuwanym poziomie bólu w ciągu ostatniego tygodnia mierzonego na 100 mm skali McGill a okresem po przebyciu zabiegu operacyjnego u pacjentów ( $F=0,596$ ;  $p=0,619$ ).

Z literatury przedmiotu wynika, że ból warunkowany jest wieloma zmiennymi, np. rodzajem schorzenia, wykonanym zabiegiem operacyjnym czy podawanym znieczuleniem. W badaniu Borek i wsp. wyniki w skali Vas poziomu bólu w I dobie po zabiegu wynosiły: 25% respondentów 4pkt, 16% wskazało 5pkt, 16% wybrało 8pkt. W drugiej dobie po zabiegu poziom bólu kształtował się następująco: 28% badanych wybrało 3 pkt, 21% zaznaczyło ból na poziomie 7pkt. W III dobie nastąpiło znaczne obniżenie odczuwanych dolegliwości bólowych. W badaniach Gawędy i wsp. przeprowadzonych wśród 189 pacjentów ból był najsilniej odczuwany w pierwszej dobie po zabiegu. Z kolei w badaniach Jakubów i wsp. ( $n=60$ ), Prochowicz i wsp. ( $n=100$ ), Boryga i wsp. ( $n=82$ ) ból miał największe natężenie w dwóch pierwszych dobach. Grochans i wsp. przeprowadzili badania w grupie 84 chorych leczonych na Oddziale Chirurgicznym Szpitala Regionalnego w Kołobrzegu. W I dobie po zabiegu analiza nasilenia bólu mierzonego na 11 punktowej skali za pomocą wskazania punktu na odcinku (w cm) istotnie różniła się od poziomu bólu wskazanego w III dobie po zabiegu, zaś w przypadku zastosowania 11-stopniowej skali oraz na podstawie 6 określeń słownych wykazano istotne statystycznie różnice, co zdaniem autorów świadczy o znacznie większym nasileniu bólu w I dobie niż w III dobie [8].

Analiza korelacji r-Pearsona wykazała, że doba po operacji koreluje ujemnie i słabo z aktualnie odczuwanym bólem w skali McGill ( $r=-0,242$ ;  $p=0,015$ ) i skali VAS ( $r=-0,248$ ;  $p=0,013$ ).

W toku korelacji r-Pearsona nie wykazano natomiast istotnych zależności między typem i nasileniem bólu w ciągu ostatniego tygodnia a dobą po odbyciu operacji wśród badanych pacjentów ( $p>0,05$ ) i między odczuwanym poziomem bólu ciągu ostatniego tygodnia a dobą po odbyciu operacji wśród badanych pacjentów ( $p>0,05$ ).

Oznacza to, że im dłuższy czas po operacji, tym mniejsze nasilenie obecnego bólu u pacjentów i odwrotnie.

Odmienne było w badaniach Gawędy i wsp. przeprowadzonych na 189-osobowej próbie ból był najsilniej odczuwany w pierwszej dobie po zabiegu [2]. Z kolei w badaniach Grochnas i wsp. (n=84) [8], Prochowicza i wsp. (n=100) [5], Boryga (n=82) ból miał największe natężenie w dwóch pierwszych dobach [3]. U 60 losowo dobranych pacjentów kardiologicznych pooperacyjnych nasilenie bólu było największe w dobie pierwszej po zabiegu kardiochirurgicznym. Brak zależności między natężeniem bólu a dobą po zabiegu występował w badaniach Dzikiego i wsp. na 90-osobowej grupie pacjentów pooperacyjnych [7].

### **Wnioski**

1. Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni odczuwają siedem z piętnastu rodzajów bólu występujących po zabiegu operacyjnym. Różnice dotyczą występowania bólu: przeszywającego, skurczowego, ciężkiego, pojawiający się przy dotknięciu chorego miejsca, rozsadzającego, wyczerpującego i powodującego mdłości. Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni odczuwają ból sensoryczny, afektywny.
2. Wiek pacjentów różnicuje odczuwanie bólu skurczowego, uciążliwego, pojawiającego się przy dotknięciu chorego miejsca, wyczerpującego, bezlitosnego i odczuwanego. Im starsza osoba tym ocena nasilenia bólu niższa.
3. Nasilenie bólu pooperacyjnego jest najbardziej odczuwane w drugiej dobie po zabiegu.
4. Ból pooperacyjny wywołany chirurgicznym uszkodzeniem tkanek jest jednym z dominujących negatywnych odczuć dotyczących okresu po operacji.
5. Ból stanowi jeden z głównych problemów osób leczonych operacyjnie. Ból po operacji miał najczęściej charakter umiarkowany.

**Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej.**

Ból to piąty parametr życiowy, który w istotny sposób wpływa na poczucie bezpieczeństwa. W opiece pielęgniarskiej realizowanej wobec pacjentów w okresie pooperacyjnym należy zapewnić poczucie bezpieczeństwa, wdrożyć zabiegi minimalizujące ból oraz zapewnić wysoki poziom świadczeń. Czynniki te mają znaczący wpływ na kształtowanie poziomu satysfakcji pacjentów z otrzymywanych świadczeń.

**Bibliografia/ Bibliography:**

1. Borek M., Szurlej A., Maciąg D., Cichońska M. Ocena bólu pooperacyjnego jako element monitorowania stanu chorego po zabiegu operacyjnym. *Polish Journal and Fitness*. 2018;1:48-61.
2. Gawęda A., Kamińska J., Wawoczna G., Tobor E., Ogonowska D. Ból pooperacyjny w opinii pacjenta. *Pielęgniarstwo polskie*. 2020; 4(78):209-216.
3. Boryga M., Włoszczak-Szubda A. Szpital bez bólu. Realizacja programu w opiniach pacjentów oddziałów zabiegowych. *Aspekty Zdrowia i Choroby*. 2016;1(2):7-22.
4. Baczevska B., Kropornicka B., Drozd C., Olszak C. Ocena bólu, lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej. [w:] Majchrzak-Kłokocka E, Szelga R. (red). *Wybrane problemy organizacji i zarządzania w pielęgniarstwie. Pielęgniarstwo bez granic*. Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk. Łódź 2013:7-19.
5. Prochowicz D., Krajewska-Kułąk E., Trochimowicz L. Skala bólu pooperacyjnego w percepcji pacjentów Oddziału Urologii Onkologicznej i Ogólnej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2014;4:170-179.
6. Rybicka A. Czy nadzór pielęgniarski ma wpływ na ryzyko miejscowych powikłań krwotocznych, odczuwanie bólu i komfort chorego po chirurgicznym udrożnieniu tętnic szyjnych? *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2017;11(2):68-72.
7. Dziki Ł., Glińska J., Borowiak E., i wsp. Czynniki determinujące kontrolę bólu u chorych po zabiegach kardiochirurgicznych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2017;11(1):26-31.

8. Grochans E., Hyrcza V., Kuczyńska M., i wsp. Subiektywna ocena bólu pooperacyjnego u pacjentów po wybranych zabiegach chirurgicznych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2011;2:82-87.
9. Kołodziej W., Karpel E. Ból pooperacyjny na oddziale chirurgicznym w ocenie ankietowanego badania z zastosowaniem kwestionariusza Mc Gilla-Melzacka – doniesienie wstępne. *Problemy pielęgniarskie*. 2008;16(3):231-236.
10. Jakubów P., Sewastianowicz A., Kalinowska W., i wsp. Ocena zachowań bólowych pacjentów po operacjach kardiochirurgicznych. *Anestezjologia i Ratownictwo*. 2017;11:138-151.