

Ocena jakości leczenia bólu pooperacyjnego u pacjentów oddziału chirurgicznego leczonych metodą laparoskopową

Evaluation of the quality of postoperative pain treatment in surgical ward patients treated with the laparoscopic method

KAROLINA KRAJEWSKA¹

¹ Instytut Nauk o Zdrowiu PUZ we Włocławku, Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku

Streszczenie

Wstęp. Laparoscopia jest jedną z najbardziej skutecznych metod leczenia operacyjnego. Głównymi korzyściami płynącymi z leczenia metodą laparoskopową jest szybszy powrót do zdrowia, mniejsza ilość powikłań, blizny niewielkich rozmiarów oraz zminimalizowanie odczuwanych dolegliwości bólowych.

Cel. Celem pracy jest analiza oceny jakości leczenia bólu pooperacyjnego po zabiegach operacyjnych przeprowadzonych metodą laparoskopową.

Materiał i metody. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu techniki ankietowania. Narzędziem badawczym służącym do przeprowadzenia badań była ankieta własna wraz z narzędziem standaryzowanym – Polska Wersja Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym. Analizie badawczej poddano 100 pacjentów oddziału chirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Włocławku leczonych metodą laparoskopową.

Wyniki. Uzyskane wyniki są zbliżone do badań przeprowadzonych przez innych badaczy. Ogólna ocena jakości świadczonej opieki pielęgniarskiej w minimalizowaniu odczuwanych dolegliwości bólowych świadczy o konieczności poprawy opieki w sferze środowisko oraz komunikowanie.

Wnioski. Personel pielęgniarski posiada wiedzę w zakresie uśmierzania bólu pooperacyjnego oraz szybko reaguje na zmieniający się stan chorego. Wyniki badań jednoznacznie wskazują, iż przekaz informacji na poziomie pielęgniarskim

ka – pacjent powinien ulec poprawie. Zapewnienie odpowiedniego otoczenia choremu do odpoczynku po operacji nie zawsze jest możliwe z przyczyn niezależnych od personelu pielęgniarskiego.

Słowa kluczowe: ból, laparoscopia, chirurgia ogólna

Summary

Introduction. Laparoscopy is one of the most effective methods of surgical treatment. The main benefits of laparoscopic treatment include faster recovery, fewer complications, small scars, and less pain.

The aim. The aim of the study is to analyse the assessment of the quality of postoperative pain treatment after laparoscopic surgery and the possibilities of its improvement in everyday nursing practice.

Material and methods. The study used the method of diagnostic survey using the survey technique. The research tool used to conduct the research was an own questionnaire with a standardized tool – the Polish Version of the Scale of Clinical Quality Indicators of Postoperative Pain Management. The research analysis involved 100 patients of the surgical ward of the Specialist Provincial Hospital in Włocławek, treated with the laparoscopic method.

Results. The obtained results are similar to studies conducted by other researchers. The general assessment of the quality of the nursing care provided in minimizing the experienced pain proves the need to improve care in the sphere of the environment and communication.

Conclusions. The nursing staff has knowledge in the field of postoperative pain relief and reacts quickly to the changing condition of the patient. The research results clearly indicate that the transfer of information at the nurse-patient level should be improved. Ensuring an appropriate environment for the patient to rest after surgery is not always possible for reasons beyond the control of the nursing staff.

Keywords: pain, laparoscopy, general surgery

Wstęp

Laparoskopia inaczej nazywana jest wziernikowaniem jamy otrzewnowej przy użyciu urządzenia optycznego zarówno w celu diagnostycznym, jak i terapeutycznym. Należy ona do jednej z najczęściej stosowanych metod chirurgicznych. Dzięki niej możliwe jest przeprowadzenie skomplikowanych operacji poprzez wykonanie nacięć niewielkich rozmiarów w powłokach brzusznych pacjenta. Najczęściej wykonywanym zabiegiem laparoskopowym jest cholecystektomia, jednak metoda ta znalazła także swoje zastosowanie w innych zabiegach takich, jak: apendektomia, wagotomia, resekcja jelita, a także w badaniu diagnostycznym m.in. w biopsji [1,2].

Do zabiegu metodą laparoskopową kwalifikowane są osoby bez względu na wiek. U pacjentów w podeszłym wieku pomimo względnie dobrego stanu zdrowia częściej dochodzi do powikłań po małoinwazyjnych zabiegach. Naturalny proces jakim jest starzenie się ludzkiego organizmu przyczynia się do zmniejszenia rezerw czynnościowych – zarówno tkanek i narządów. Zmniejszenie się wytrzymałości organizmu najczęściej ujawnia się dopiero wtedy, gdy organizm człowieka zostanie obciążony stresem [3].

Do głównych zalet laparoskopii zaliczamy przede wszystkim: mniejszą ilość zakażeń ran pooperacyjnych, szybszy powrót do sprawności z okresu sprzed operacji, zmniejszenie chorobowości, odczuwanie mniejszych dolegliwości bólowych, szybszy proces leczenia, odnotowywanie mniejszej ilości powikłań. Wad laparoskopii jest niewiele, należą do nich m.in.: uszkodzenie trzewi, nerek oraz naczyń, wystąpienie powikłań związanych z ułożeniem chorego na stole operacyjnym, żylny zator gazowy, niedodma płucna oraz niewydolność krążenia wieńcowego i mózgowego [3].

Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu definiuje ból jako subiektywne i negatywne odczucie zmysłowe oraz emocjonalne, które powstaje pod wpływem bodźca zagrażającego uszkodzeniu tkanki lub uszkodzającego tkankę [4].

Ból występujący u człowieka jest kwestią indywidualną. U każdego objawia się o różnym nasileniu i pod inną postacią. Ze względu na psychosomatykę człowieka oraz jego wcześniejsze doznania bólowe zawsze należy uznawać zgłaszane dolegliwości bólowe jako niezaprzeczalne [4].

Osiągnięcie pożądanego efektu terapeutycznego dzięki indywidualnie dobranej metodzie podaży leków przeciwbólowych pozwala poprawić jakość życia pacjenta oraz generuje mniejsze koszty związane z hospitalizacją [5].

Poprzez zastosowanie leków opioidowych poprawia się jakości życia pacjentów, a co za tym idzie zwiększa się satysfakcja z opieki okołoperacyjnej. Poza lekami opioidowymi, do których zaliczamy m.in.: Morfinę, Oksykodon, Fentanyl, Tramadol wykorzystuje się leki nieopiodowe, np.: Metamizol, Paracetamol, Ketoprofen. Niekiedy w leczeniu silnego bólu stosuje się także leki takie jak: Lidokaina, Siarczan magnezu, Kortykosteroidy. Leki przeciwbólowe powinny być podawane zgodnie z potrzebami chorego – dlatego podejście do każdego powinno być zindywidualizowane [6, 7].

Pacjent planowany do zabiegu operacyjnego powinien być dokładnie zapoznany z planem leczenia. Personel medyczny powinien przekazać całą wiedzę w zakresie poszczególnych etapów leczenia [6].

Cel

Za cel badań uznaje się przyszły, spodziewany stan rzeczy, który możliwy jest do uzyskania dzięki podjęciu ukierunkowanych działań [8]. Celem badania jest ocena jakości leczenia bólu pooperacyjnego u pacjentów po zabiegu metodą laparoskopową w oddziale chirurgicznym.

Materiał i metody

Badaniu zostali poddani dorośli pacjenci oddziału chirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku leczeni metodą laparoskopową. Liczebność badanej grupy wynosiła 100 osób. Przyczyną hospitaliza-

cji były zarówno planowe, jak i nagłe przyjęcia. W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Poza anonimowym autorskim kwestionariuszem ankiety wykorzystano narzędzie standaryzowane – Polską Wersję Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym w opracowaniu m.in. A. Jurczak, K. Juszcak, B. Skokowska, A. Popow. W skład skali wchodzi 14 stwierdzeń podzielonych na 4 podskale: Komunikowanie, Działanie, Zaufanie, Środowisko. Badani zajmowali swoje stanowiska na podstawie 5-stopniowej skali Likerta. Maksymalny otrzymany wynik wynosi 70 punktów, natomiast najniższy 14.

Wyniki

Celem badania była ocena jakości świadczonej opieki pielęgniarskiej na rzecz zwalczania bólu pooperacyjnego. W tabeli 1 przedstawiono zestawienie liczbowe oraz procentowe aktualnie odczuwanego bólu pooperacyjnego przez respondentów.

Tabela 1. Aktualnie odczuwane dolegliwości bólowe przez pacjentów leczonych metodą laparoskopową

skala bólu	liczba	%
0 – brak bólu	0	0,0
1	2	2,0
2	17	17,0
3	35	35,0
4	28	28,0
5	9	9,0
6	7	7,0

7	0	0,0
8	1	1,0
9	0	0,0
10 – ból nie do zniesienia	1	1,0
Razem	100	100,0

Aktualnie odczuwany ból w skali od 0 (brak bólu) do 10 (ból nie do zniesienia), najwięcej respondentów określiło na poziomie „3” – 35,0% oraz „4” – 28,0%, najmniej określiło go na poziomie „8” oraz „10” – po 1,0%.

W badaniach w celu zróżnicowania odczuwania dolegliwości bólowych pomiędzy kobietami a mężczyznami dokonano analizy średnio odczuwanego bólu w obu grupach. Tabela 2 przedstawia średnie wartości odczuwania bólu.

Tabela 2. Średnia odczuwanych dolegliwości bólowych z uwzględnieniem płci

Płeć	N	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	min	maks	Q25	mediana	Q75
Kobieta	59	3,49	1,569	3,08	3,90	1,0	10,0	3,0	3,0	4,0
Mężczyzna	41	3,71	1,101	3,36	4,05	1,0	6,0	3,0	4,0	4,0
razem	100	3,58	1,394	3,30	3,86	1,0	10,0	3,0	3,0	4,0

Średnia odczuwanego bólu wyniosła – 3,58 punktu. Odchylenie standardowe stanowiło 38% wartości średniej, co świadczy niewielkim zróżnicowaniu wyników. Niewiele wyższa średnia odczuwania bólu zo-

stała odnotowana wśród mężczyzn – 3,71 punktu. Wśród kobiet średnia wynosiła 3,49 punktu.

W celu określenia skuteczności farmakoterapii w badaniu wykorzystano najczęściej stosowane środki farmakologiczne. Respondenci wskazywali w ich opinii najbardziej skuteczny lek zmniejszający odczuwanie bólu. Tabela 3 przedstawia zastosowane leki przeciwbólowe.

Tabela 3. Skuteczność stosowania poszczególnych środków farmakologicznych w opinii respondentów

Odpowiedź	liczba	%
Ketonal	7	7,0
Paracetamol	31	31,0
Pyralgina	21	21,0
Morfina	20	20,0
Tramal	21	21,0
razem	100	100,0

W opinii respondentów wykazano, że najlepszy efekt terapeutyczny przynosi Paracetamol – 31,0% oraz Pyralgina i Tramal – po 21,0%. Najmniej skuteczny okazał się być Ketonal – 7,0%.

Na nasilenie odczuwanych dolegliwości bólowych respondenci wskazali kilka czynników. Tabela 4 przedstawia główne przyczyny nasilenia się bólu.

Tabela 4. Czynniki wpływające na nasilenie dolegliwości bólowych w opinii badanych

Odpowiedź	Liczba	%
zmiana pozycji	63	63,0
pozycja leżąca	3	3,0
pozycja siedząca	21	21,0

większa ilość osób w sali	13	13,0
Razem	100	100,0

Głównym czynnikiem zwiększającym odczuwanie bólu przez respondentów okazała się zmiana pozycji – 63%. Pozycja leżąca uzyskała najmniej odpowiedzi – 3,0%.

Zastosowanie narzędzia standaryzowanego – Polskiej Wersji Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym pozwoliło wyodrębnić aspekty wysoko ocenione przez pacjentów, jak i te, które wymagają poprawy. Skala składa się z 14 pytań podzielonych odpowiednio 4 podskale: komunikowanie, działanie, zaufanie, środowisko. Tabela 5 przedstawia odpowiedzi respondentów w podskali komunikowanie.

Tabela 5. Średnie wyniki punktowe uzyskane na podstawie pytań w podskali komunikowanie.

Nr.	Treść	średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	min	maks	Q25	mediana	Q75
1	przed operacją zostałem poinformowany o zaoferowanym mi po zabiegu sposobie leczenia bólu	3,51	0,969	3,32	3,70	2,0	5,0	3,0	3,0	4,0

11	kiedy pielęgniarki przychodzą na dyżur, wiedzą wszystko na temat mojego bólu i sposobu, w jaki był leczony	4,27	0,679	4,14	4,40	2,0	5,0	4,0	4,0	5,0
14	pielęgniarki i lekarze współpracują w leczeniu mojego bólu	4,09	0,740	3,94	4,24	1,0	5,0	4,0	4,0	5,0

Najwyższy wynik w podskali komunikowanie uzyskano w aspekcie: kiedy pielęgniarki przychodzą na dyżur, wiedzą wszystko na temat mojego bólu i sposobu, w jaki był leczony – średnia wynosiła 4,27 punktu. Najniższe wyniki według średniej z odpowiedzi badanych – 3,51 punktu uzyskano w aspekcie: przed operacją zostałem poinformowany o zaoferowanym mi po zabiegu sposobie leczenia bólu. W żadnym z pytań nie udało się uzyskać wyniku świadczącego o wysokim poziomie komunikowania (<4,5 punktu). Jakość świadczonej opieki z podskali komunikowanie jest na poziomie średnim.

Podskala działanie skupia się przede wszystkim na pytaniach dotyczących uzyskania pomocy w momencie nasilenia dolegliwości bólowych. Na skalę składają się 4 pytania. Tabela 6 przedstawia odpowiedzi respondentów na pytania zawarte w podskali działanie.

Tabela 6. Średnie wyniki punktowe uzyskane na podstawie pytań w podskali działania.

Nr	Treść	średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	min	maks	Q25	mediana	Q75
2	po operacji rozmawiałem z pielęgniarką o tym, jak chciałbym, aby mój ból był uśmierzany	3,40	0,974	3,21	3,59	2,0	5,0	3,0	3,0	4,0
3	otrzymałem pomoc w znalezieniu wygodnej pozycji w łóżku, która pozwoliła mi uniknąć bólu lub zmniejszyć dolegliwości	4,33	0,697	4,19	4,47	1,0	5,0	4,0	4,0	5,0

6	personel pytał mnie, czy nie mam dolegliwości, gdy zauważył, że byłem niespokojny, głęboko oddychałem, zmieniłem pozycję	4,70	0,482	4,60	4,80	3,0	5,0	4,0	5,0	5,0
7	członkowie personelu prosili mnie o określenie w skali od 1 do 10 (lub zaznaczenie na linii prostej) poziomu bólu co najmniej raz rano, wieczorem, w południ	4,03	0,822	3,87	4,19	2,0	5,0	4,0	4,0	5,0

Najwyższy wynik z odpowiedzi na pytania w podskali działanie uzyskano w aspekcie: personel pytał mnie, czy nie mam dolegliwości, gdy zauważył, że byłem niespokojny, głęboko oddychałem, zmieniałem pozycję – średnia 4,7 punktu, zaś najniższy wynik odnotowano w aspekcie: po operacji rozmawiałem z pielęgniarką o tym, jak chciałbym, aby mój ból był uśmierzany – średnia 3,4 punktu. W pytaniu 6 uzyskano wynik powyżej średniej, co oznacza, iż świadczy to o wysokim poziomie jakości w tym aspekcie.

Podskala zaufanie ukazuje jakość oraz wiedzę czynności wykonywanych na rzecz zmniejszania odczuwanych dolegliwości bólowych. Tabela 7 przedstawia odpowiedzi respondentów na pytania zawarte w podskali zaufanie.

Tabela 7. Średnie wyniki punktowe uzyskane na podstawie pytań w podskali zaufanie

Nr	Treść	średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Min	maks	Q25	mediana	Q75
5	nawet jeśli nie zawsze o to prosiłem, otrzymywałem środki przeciwbólowe	4,39	0,530	4,28	4,50	3,0	5,0	4,0	4,0	5,0
8	pielęgniarki pomagały mi w uśmierzaniu bólu, dopóki nie odczuwałem ulgi	4,35	0,557	4,24	4,46	2,0	5,0	4,0	4,0	5,0
12	pielęgniarki mają wiedzę na temat uśmierzania bólu	4,56	0,519	4,46	4,66	3,0	5,0	4,0	5,0	5,0

13	pielęgniarki wierzą mi, gdy mówię, że mnie boli	4,50	0,560	4,39	4,61	3,0	5,0	4,0	5,0	5,0
----	---	------	-------	------	------	-----	-----	-----	-----	-----

Najwyższy uzyskany wynik na podstawie odpowiedzi respondentów uzyskano w aspekcie: pielęgniarki mają wiedzę na temat uśmierzenia bólu – średnia 4,56 punktu oraz pielęgniarki wierzą mi, gdy mówię, że mnie boli – średnia 4,5 punktu. Najniższą średnią punktową uzyskano w aspekcie pielęgniarki pomagały mi w uśmierzeniu bólu, dopóki nie odczuwałem ulgi – średnia 4,35 punktu. Wartości wszystkich średnich wyników są do siebie zbliżone, szczególnie w pytaniach 12 oraz 13 uzyskano odpowiedzi świadczące o wysokim poziomie jakości świadczonej opieki w tej kwestii.

Podskala środowisko zawiera pytania dotyczące zapewnienia odpowiednich warunków do odpoczynku po zabiegu operacyjnym metodą laparoskopową. Tabela 8 przedstawia odpowiedzi respondentów zawarte w podskali środowisko.

Tabela 8. Średnie wyniki punktowe uzyskane na podstawie pytań w podskali środowisko

Nr.	Treść	średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	min	maks	Q25	mediana	Q75
4	zapewniono mi spokój	3,96	0,777	3,81	4,11	2,0	5,0	4,0	4,0	4,0
9	miałem miły. przyjazny pokój	3,76	0,818	3,60	3,92	2,0	5,0	3,0	4,0	4,0

10	na dyżurze jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby mogły szybko zareagować na moją prośbę o uśmierzanie bólu	3,25	1,086	3,03	3,47	1,0	5,0	2,0	3,0	4,0
----	--	------	-------	------	------	-----	-----	-----	-----	-----

Najwyższy wynik z pytań zawartych w podskali środowisko odnotowano w aspekcie: zapewniono mi spokój – średnia 3,96 punktu. Najniższa średnia punktowa wynosiła 3,25 punktu i dotyczyła kwestii: na dyżurze jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby mogły szybko zareagować na moją prośbę o uśmierzanie bólu. Nadmienić należy, że w żadnym z aspektów środowiska nie odnotowano średniej zbliżonej do 4,5 punktu. Bardzo niepokojącym faktem jest to, iż respondenci w szczególności uwzględnili niedostateczną ilość personelu pielęgniarskiego na dyżurach.

Uwzględnić należy także średnie wartości z kwestionariusza w poszczególnych grupach wiekowych z podziałem na 4 podskale. Tabela 9 przedstawia średnie wartości punktowe z podziałem na grupy wiekowe.

Tabela 9. Średnie punktowe wyniki w poszczególnych grupach wiekowych

Podskala	wiek	średnia	mediana	SD
komunikowanie	poniżej 20 lat	11,60	11,00	2,07
	20-30 lat	12,70	13,00	1,56
	31-40 lat	11,23	11,00	1,70
	41-50 lat	11,64	11,50	2,15
	powyżej 50 lat	12,26	12,00	1,68

działanie	poniżej 20 lat	17,60	20,00	3,29
	20-30 lat	16,40	16,00	2,06
	31-40 lat	16,07	16,50	1,80
	41-50 lat	16,64	16,00	2,15
	powyżej 50 lat	16,61	17,00	2,06
zaufanie	poniżej 20 lat	18,80	20,00	1,79
	20-30 lat	18,45	18,00	1,50
	31-40 lat	17,90	18,00	1,71
	41-50 lat	17,09	16,00	1,82
	powyżej 50 lat	17,57	17,00	1,47
środowisko	poniżej 20 lat	11,40	11,00	2,19
	20-30 lat	12,25	13,50	2,95
	31-40 lat	10,20	10,00	2,28
	41-50 lat	10,73	11,00	2,03
	powyżej 50 lat	11,00	11,00	1,86
ocena jakości	poniżej 20 lat	59,40	62,00	6,66
	20-30 lat	59,80	61,00	6,09
	31-40 lat	55,40	55,50	5,41
	41-50 lat	56,09	55,00	6,62
	powyżej 50 lat	57,43	57,00	4,66

W pierwszej podskali (komunikowanie) najwyższy wynik punktowy uzyskano w przedziale wiekowym 20-30 lat oraz powyżej 50 lat, zaś najniższy w grupie respondentów w wieku 31-40 lat.

W drugiej podskali (działanie) najwyższy wynik odnotowano w przedziale wiekowym poniżej 20 lat oraz 41-50 lat. Najniższy wynik ponownie uzyskano w grupie badanych w wieku 31-40 lat.

W trzeciej podskali (zaufanie) najwyższą wartość punktową uzyskano w przedziale wiekowym respondentów poniżej 20 lat oraz 20-30 lat. Najniższa wartość została odnotowana w grupie 41-50 lat.

W czwartej podskali (środowisko) najwyższe wyniki punktowe odnotowano w wieku 20-30 lat oraz poniżej 20 lat. Najniższa ocena została uzyskana ponownie od badanych w grupie wiekowej 31-40 lat.

W ocenie ogólnej wszystkich respondentów najwyższe średnie wyniki punktowe stwierdzono w przedziale wiekowym 20-30 lat oraz poniżej 20 lat, najniższe zaś w przedziale wiekowym 31-40 lat.

Tabela 10 ukazuje, iż doba po zabiegu operacyjnym w stosunku do wyników zastosowanego kwestionariusza nie pozostawała w istotnej statystycznie korelacji ($p > 0,05$).

Tabela 10. Korelacje doby po zabiegu operacyjnym z wynikami kwestionariusza

Podskala	N	R	t(N-2)	poziom p
komunikowanie	100	0,062	0,611	0,542
działanie	100	0,142	1,416	0,160
zaufanie	100	-0,031	-0,306	0,760
środowisko	100	0,119	1,188	0,238
ocena ogólna	100	0,126	1,252	0,213

Dyskusja

Nieprzyjemne doznanie, jakim jest ból po odbytych zabiegach operacyjnych towarzyszy każdemu pacjentowi bez względu na zastosowaną metodę operacyjną. Wraz z procesem ustępowania zastosowanej na bloku operacyjnym analgezji pielęgniarzka w okresie okołoperacyjnym pełni szczególnie ważną rolę. Profilaktyka przeciwbólowa zastosowana odpowiednio szybko zmniejsza ryzyko wystąpienia dyskomfortu biopsychospołecznego pacjenta [9].

Minimalizowanie bólu związanego z okresem pooperacyjnym jest podstawowym zadaniem całego zespołu terapeutycznego. Najnowsze metody uśmierzania odczuwanych dolegliwości bólowych pozwalają całkowicie je wyeliminować. Pożądanym efektem każdego interdyscyplinarnego zespołu jest uzyskanie u chorego całkowitego braku odczuwania bólu po operacji [10].

Na odczuwanie silnych dolegliwości bólowych wpływa naruszenie ciągłości skóry oraz tkanki podskórnej w trakcie operacji. Ból pooperacyjny określany jest jako ból ostry. Ponadto do pacjenta należy podchodzić indywidualnie. Wpływ na odczuwanie napięcia bólu w dużej mierze będzie zależał od rodzaju zastosowanego znieczulenia, wieku, kondycji chorego oraz rodzaju podawanego leku przeciwbólowego [11].

Dzięki przeprowadzonym badaniom w grupie 100 pacjentów poddanych zabiegom operacyjnym metodą laparoskopową oddziały chirurgicznego można stwierdzić iż, zapewniona opieka nie satysfakcjonowała wszystkich respondentów. Uzyskany wynik według Polskiej Wersji Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym powinien wynosić 63 punkty lub więcej. Na podstawie badań odnotowano 57,1 punktów. W poszczególnych podskalach uzyskano następujące wyniki: komunikowanie – 11,87 na 13,5 punktu; działanie odnotowano wynik – 16,46 punktu na 18,0 punktów; zaufanie odnotowano wynik – 17,8 na 18,0 punktów; środowisko odnotowano wynik – 10,9 punktu na 13,5 punktu.

Analizując badania własne i innych autorów wyniki całościowe były zbliżone. Z badań Jurczak jakość świadczonej opieki pielęgniarskiej według respondentów także nie uzyskała satysfakcjonującego wyniku – 56,67 punktu. Podobna sytuacja wynika z przeprowadzonych badań Skokowskiej – wynik wyniósł 61,79 punktu [12, 13].

W badaniach Jurczak respondenci najwyżej ocenili współpracę lekarza z pielęgniarką – 4,29 punktu, a najniżej aspekt – członkowie personelu prosili mnie o określenie w skali od 1 do 10 poziomu bólu co najmniej raz rano, wieczorem i w południe – 2,79 punktu. Istotną kwestią jest także, iż w badaniach Jurczak chorzy również wskazali na

brak wystarczającej liczby pielęgniarek na dyżurze – 3,94 punktu [12]. Na podstawie badań własnych wyniki tych samych aspektów wynosiły odpowiednio: 4,09 punktu; 4,03 punktu; 3,25 punktu.

W badaniach Skokowskiej najwyższy wynik uzyskany został w kwestii zapewnienia miłego oraz przyjaznego pokoju – 4,98 punktu. Najniżej badani ocenili – członkowie personelu prosili mnie o określenie w skali od 1 do 10 poziomu bólu co najmniej raz rano, wieczorem i w południe – 3,13 punktu [13]. Badania własne wykazały w wyżej wymienionych aspektach odpowiednio: 3,76 punktu; 4,03 punktu.

W badaniach własnych udowodniono, iż pacjenci zostali częściowo poinformowani o metodach zmniejszania bólu po zabiegu operacyjnym – 49% badanych. Aż 35% nie miało zdania na ten temat, natomiast 16 nie zgodziło się z tym stwierdzeniem. Średnia punktów wyniosła – 3,51 punktu. Porównując wyniki badań Jurczak wykazano, iż personel pielęgniarski w zbyt małym stopniu przekazuje informacje na temat uśmierzania bólu po zabiegu operacyjnym – 4,02 punktu. W badaniach Jaracz – 2,83 punktu, w badaniach Bączyk – 3,69 punktu Wskazuje to na konieczność poprawy przekazywanych informacji, w szczególności dotyczących zwalczania odczuwanych dolegliwości bólowych po operacji [12].

Badania własne udowodniły, iż sfera działanie została przez respondentów oceniona na poziomie dobrym. Prawie wszyscy odpowiadający – aż 99% oceniło pozytywnie działanie w chwili nietypowego zachowania pacjenta – 4,7 punktu. Personel pielęgniarski został oceniony dobrze także w kwestii zmiany pozycji chorego znacznie poprawiając jego komfort – 4,33 punktu. W badaniach Jurczak średnia punktowa w aspekcie dotyczącym zmiany pozycji chorego wynosiła 4 punkty, a u Skokowskiej 4,71 punktu [12,13].

W badaniach własnych niezadowolający wynik został uzyskany w podskali środowisko, która w dużej mierze przyczynia się do poprawy samopoczucia pacjentów. 76% badanych oceniło pozytywnie zapewnienie spokoju na sali – średnia 3,96 punktu. Nie udało się uzyskać także satysfakcjonującego wyniku, w kwestii zapewnienia pacjentom

miłego, przyjaznego pokoju – 62% chorych jedynie oceniło ten aspekt dobrze – średnia 3,76 punktu. W badaniach Jurczak te elementy kwestionariusza uzyskały odpowiednio średnią – 4,26 punktu, 4,22 punktu, a u Skokowskiej – 4,83 punktu; 4,98 punktu [12,13].

Dane demograficzne w przeprowadzonych badaniach nie różnicują w znacznym stopniu odczuwanych dolegliwości bólowych oraz jakości leczenia bólu. Znaczną większość stanowiła grupa kobiet – 59% oraz osoby zamieszkujące w mieście – 58%. Dostrzeżono jedynie, że odczuwane dolegliwości bólowe były nieznacznie wyżej punktowane wśród pacjentów płci męskiej.

Wnioski

1. Respondenci ocenili całościowo jakość leczenia bólu pooperacyjnego na poziomie średnim. Wskazuje to na konieczność poprawy i kontroli świadczonej opieki przez personel medyczny.
2. Pacjenci nie zostali w pełni poinformowani o metodach zmniejszania bólu po zabiegu operacyjnym. Skala komunikowanie wymaga wprowadzenia odpowiednich działań w celu polepszenia komunikacji między pielęgniarką a pacjentem.
3. Personel pielęgniarski w każdej sytuacji szybko reaguje na zmieniający się stan ogólny chorego.
4. Na dyżurach jest niewystarczająca ilość personelu pielęgniarskiego. Wskazuje to na konieczność podjęcia działań na rzecz poprawy świadczonej opieki.
5. Zapewnienie środowiska sprzyjającemu odpoczynkowi w znacznym stopniu przyczynia się do zmniejszenia dolegliwości bólowych.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Hospitalizacja w szpitalu wiąże się z pogorszeniem stanu psychicznego i w dużej mierze wpływa na pogorszenie jakości życia. W okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym istotne jest edukowanie oraz wspieranie chorego. Dzięki prawidłowo przebiegającej komunikacji in-

terpersonalnej zwiększa się poczucie bezpieczeństwa przez pacjentów. Ponadto poprzez wdrożenie indywidualnie dobranego leczenia farmakologicznego możliwe jest całkowite wyeliminowanie odczuwanego bólu.

Bibliografia / Bibliography:

1. Cieniela A., Zelek M., Puka D. Początki laparoskopii w chirurgii. Nowości w chirurgii – wybrane zagadnienia. Państwo i społeczeństwo. 2016;16(4):127-132.
2. Fibak J. Chirurgia. Podręcznik dla studentów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2014:390-396.
3. Tarnowski W. Kompendium chirurgii laparoskopowej. Oficyna Wydawnicza Medical Education. Warszawa 2014:319-330.
4. Karwacki M. Czym jest ból? Dlaczego wyróżnia się ból ostry i przewlekły? <https://www.mp.pl/pytania/pediatrics/chapter/B25.QA.12.3.1>. Dostęp: 18.12.2022.
5. Juszcak K. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej u chorych hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych. Rozprawa doktorska. Praca przygotowana pod kierunkiem dr hab. n. med. Krystyny Jaracz. Poznań 2012. <https://www.wbc.poznan.pl/dlibra/show-content/publication/edition/232758?id=232758> Dostęp: 18.12.2022
6. Misiołek H., Cettler M., Woron J., Wordliczek J., Dobrogowski J., Mayzner-Zawadzka E. The 2014 guidelines for post-operative pain management. *Anaesthesiology Intensive Therapy*. 2014;46:221-244.
7. Misiołek H., Zajączkowska R., Daszkiewicz A. Postoperative pain management — consensus statement of the Section of Regional Anaesthesia and Pain Therapy of the Polish Society of Anaesthesiology and Intensive Therapy. *Anaesthesiology Intensive Therapy* 2018;50(3):173-199
8. Lenartowicz H., Kózka M.: Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2010: 86-108.

9. Wordliczek Ł., Dobrogowski J. Leczenie bólu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017:22-23.
10. Lewandowska A., Misiąg A., Lewandowski T., Laskowska B. Standards of analgesic treatment versus hospital practice. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(7):160-169.
11. Kaczmarska A., Myśliwiec U., Muca A., Pasztelan M., Borys M. Leczenie bólu pooperacyjnego przy pomocy ropiwakainy. Postępy w diagnostyce medycznej. Monografia naukowa. Lublin 2020:31-34.
12. Jurczak A. i wsp. Ocena jakości opieki pielęgnacyjnej w zakresie bólu pooperacyjnego. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2015;17(2):107-110.
13. Skokowska B., Bączyk G., Zembroń E., Bielawska A., Gacek L. Ocena jakości opieki pielęgniarstwie w zakresie bólu pooperacyjnego dokonywana przez chorych po zabiegach ortopedycznych. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2016;61(3):367-368.