

Grażyna Chojnacka-Kowalewska¹, Tomasz Berbeć²,

¹ Państwowa Akademia Nauk Stosowanych Wydział Nauk o Zdrowiu

² Absolwent kierunku Pielęgniarstwo, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych
we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu

Ocena poziomu bólu u pacjentów po zabiegach endoskopii urologicznej

Assessment of the level of pain in patients after urological endoscopy

Streszczenie

Wstęp. Urologia jako oddzielna specjalność chirurgiczna jest dość młoda a wynalezienie i zastosowanie endoskopu wywarło ogromny wpływ na jej rozwój. Badanie endoskopowe wykorzystywane jest do diagnozowania chorób oraz do przeprowadzania niektórych zabiegów terapeutycznych. Każda chirurgiczna ingerencja związana jest z wystąpieniem dolegliwości bólowych i prawidłowe postępowanie lecznicze w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych ma wpływ na przebieg rekonwalescencji u pacjentów po zabiegach endoskopowych.

Cel. Celem pracy jest ocena poziomu bólu pooperacyjnego po zabiegach endoskopowych w urologii w opinii pacjentów.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród pacjentów hospitalizowanych w celu wykonania zabiegów endoskopowych w oddziale Urologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Błogosławionego Księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku. W badaniu wzięło udział 100 pacjentów powyżej 18 roku życia leczących się na tym oddziale.

Badanie było anonimowe i dobrowolne. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa oraz narzędzie standaryzowane – skala analogowo-wzrokowa VAS. Badanie poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego Statistica 13.3, współczynnika korelacji Pearsona, testu χ^2 oraz testu t-studenta lub jednoczynnikowej wariancji. Za istotną statystycznie wartość prawdopodobieństwa uznano $p < 0,05$.

Wyniki. Analiza wyników badań własnych wykazała, że pacjenci w zależności od wieku mają różne, odmienne doświadczenia z bólem po zabiegu endoskopowym. Poziom odczuwanego po zabiegu bólu jest

różny. Rodzaj zastosowanego podczas zabiegu znieczulenia, nie ma wpływu na poziom odczuwania bólu (znieczulenie miejscowe i ogólne). Średni VAS wynosił 5,784 i 5,346. W większości pacjenci informowani są przez personel medyczny o możliwości wystąpienia bólu oraz o sposobach jego zwalczania. Pacjenci, którzy poddani zostali badaniu w większej części są zadowoleni ze sposobów uśmierzania bólu (74%).

Wnioski. Pacjenci po zabiegach odczuwali większe natężenie bólu w pierwszej dobie w porównaniu z drugą dobą. Rodzaj zastosowanego podczas zabiegu znieczulenia nie ma wpływu na poziom odczuwania bólu. Na poziom odczuwania bólu nie ma wpływu lokalizacja przeprowadzonego zabiegu. Na poziom odczuwania bólu ma wpływ płeć.

Słowa kluczowe: pacjent, ból, endoskopia, zabieg, terapia

Summary

Introduction. Urology as a separate surgical specialty is quite young. The invention and use of the endoscope had a huge impact on the development of this specialization. The endoscope is used to diagnose the disease and to perform certain procedures. Each surgical intervention is accompanied by pain, which often causes a lot of problems for the patient during the disease.

The use of an endoscope allows for procedures to be performed, after which patients' recovery is much faster.

Aim. The aim of the study is to assess the level of postoperative pain after endoscopic procedures in urology in the opinion of patients.

Material and methods. An anonymous survey was conducted among patients hospitalized for endoscopic procedures in the Urology Department of the Provincial Specialist Hospital. Blessed Father Jerzy Popiełuszko in Włocławek. A population of 100 patients over 18 years of age treated in this department was studied. The study aimed to assess the level of postoperative pain after endoscopic procedures in urology in the opinion of adult patients' procedures. The research was carried out using our own questionnaire and a standardized tool, which is the VAS (visual analogue scale). The survey was statistically analyzed using the Statistica 13.3 statistical package, the Pearson correlation coefficient, the χ^2 test and the survey of a test student or a univariate variance. The statistically significant value of the probability was $p < 0.05$.

Results. The analysis of the results of our own research showed that patients of different ages have different experiences with pain after endoscopic surgery. The level of pain experienced after the procedure varies. The type of anesthesia used during the procedure does not affect the level of pain (local and general anesthesia). The average VAS (visual analog scale) was 5,784 and 5,346. Most patients are informed by medical staff about the possibility of pain and how to combat it. Patients who underwent the examination are mostly satisfied with the methods of pain relief (74%).

Conclusions. After the procedures, patients experienced greater pain intensity on the first day compared to the second day. The level of pain is not influenced by the type of anesthesia used during the procedure. The level of pain is not influenced by the location of the procedure. The level of pain perception is influenced by gender.

Keywords: patient, pain, endoscopy, procedure, therapy

Wstęp

Każda chirurgiczna ingerencja związana jest z wystąpieniem dolegliwości bólowych, a właściwa ocena bólu i prawidłowe postępowanie lecznicze w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych ma wpływ na przebieg rekonwalescencji u pacjentów po zabiegach endoskopowych.

Skuteczne uśmierzanie bólu pooperacyjnego minimalizuje cierpienie chorego, poprawia jakość jego życia, znacznie zmniejsza liczbę powikłań a w efekcie skraca pobyt w szpitalu oraz zmniejsza całkowite koszty leczenia.

W ostatnich latach coraz częściej w praktyce klinicznej wykorzystywana jest analgezja multimodalna, która jest metodą z wyboru w uśmierzaniu bólu pooperacyjnego. Za takim postępowaniem przemawia fakt, że używanie leków o różnym mechanizmie działania skutkuje większą skutecznością analgetyczną i mniejszym nasileniem objawów niepożądanych [1,2].

Wybór właściwego postępowania przeciwbólowego zależy przede wszystkim od szacowanego czasu terapii, rodzaju i stopnia nasilenia dolegliwości bólowych, ryzyka działań niepożądanych danego leku, schorzeń współistniejących oraz skuteczności wcześniejszej terapii przeciwbólowej [3].

Dlatego właśnie właściwa ocena bólu po zabiegach endoskopowych i zastosowanie odpowiedniego leczenia jest niezbędne w celu uzyskania pozytywnego wpływu na przebieg rekonwalescencji po zabiegach endoskopowych w oddziałach urologii.

Cel

Celem badań jest ocena poziomu bólu pooperacyjnego po zabiegach endoskopowych w urologii w opinii pacjentów.

Metody, techniki i narzędzia badawcze

Na potrzeby badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego w oparciu o technikę ankietowania. Podstawowym narzędziem badawczym niniejszej pracy są samodzielnie skonstruowany kwestionariusz ankiety oraz standaryzowane narzędzie badawcze jakim jest arkusza skali analogowo-wzrokowej VAS. Kwestionariusz ankiety zawierał 20 pytań, z czego 4 stanowiły metryczkę, natomiast pozostałe dotyczyły problemów zdrowotnych. Zastosowano również narzędzie standaryzowane jakim była skala analogowo-wzrokowa VAS.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego Statistica 13.3, współczynnika korelacji Pearsona, testu χ^2 oraz testu t-studenta lub jednoczynnikowej wariancji. Za istotną statystycznie wartość prawdopodobieństwa uznano $p < 0,05$.

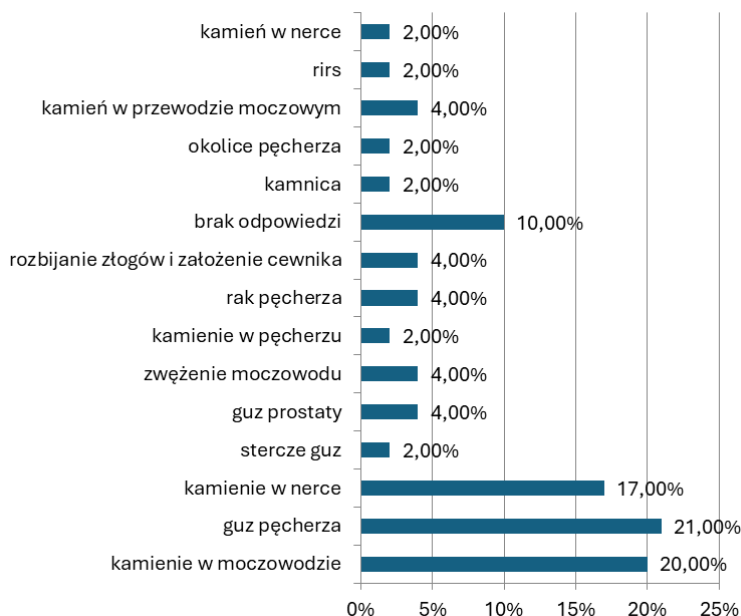
W omówieniu wyników i dyskusji przyjęto grupę 100 osób, pacjentów pełnoletnich, hospitalizowanych w oddziale urologicznym. Większość ankietowanych stano-

wili mężczyźni (56%), kobiet było 44%. Największą grupę badanych stanowiły osoby w przedziale wiekowym 50–71 lat (39%). Najmniej, bo tylko 5% pacjentów miało od 18 do 30 lat. Dominująca część badanych pochodziła z miasta (61%). Wśród ankietowanych dominowały osoby z wykształceniem średnim (35%). Wykształcenie zawodowe miało 33% respondentów, a wyższe 24%. Wykształcenie podstawowe zadeklarowało 8% badanych. Ze wszystkich poddanych badaniu osób, 40% wskazało, iż przebywa na oddziale urologicznym pierwszy raz. Wśród ankietowanych, którzy wskazali pobyt na oddziale jako drugi lub trzeci, wskaźnik procentowy jest bardzo zbliżony i stanowi odpowiednio – 21%, 25%. Dość wysoki, bo 14% jest wskaźnik pobytu na oddziale urologii już czwarty raz.

Wyniki

Ze wszystkich poddanych badaniu osób, 40% wskazało, iż przebywa na oddziale urologicznym pierwszy raz. Wśród ankietowanych, którzy wskazali pobyt na oddziale jako drugi lub trzeci, wskaźnik procentowy jest bardzo zbliżony i stanowi odpowiednio – 25% osób trzeci raz i 21% drugi. Dość wysoki, bo 14% jest wskaźnik pobytu na oddziale urologii już czwarty raz.

U 74% respondentów zastosowano znieczulenie miejscowe, natomiast u 26% znieczulenie ogólne. Ponad połowa respondentów (58%) potwierdziła, że uzyskała od pielęgniarki informację o fakcie wystąpienia bólu po zabiegu. Niestety 42% badanych stwierdziło, że takiej informacji od personelu medycznego nie otrzymało.

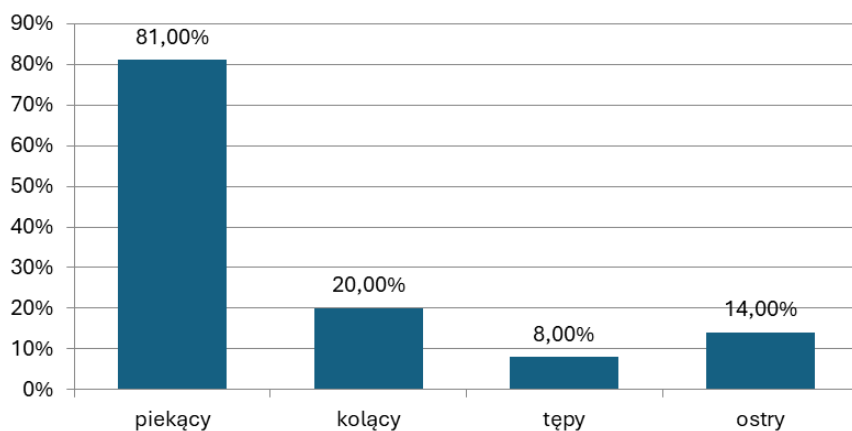


Ryc. 1. Rozkład informacji na temat rodzaju zabiegu

Ankietowani zostali poproszeni o podanie rodzaju zabiegu, jakiemu zostali poddani. Jak wynika z pozyskanych danych, najczęściej osób wskazało na guz pęcherza moczowego (21%). Niewiele mniej, bo 20% respondentów podało zabieg kruszenia kamieni w moczowodzie. Na trzecim miejscu wśród zabiegów urologicznych znalazł się zabieg dotyczący kamieni w nerce (17%). Ankietowani ponadto wskazali na poziomie 4% jeszcze inne zabiegi takie jak: rozbijanie złożeń i założenie cewnika, zwężenie moczowodu, kamień w przewodzie moczowym, guz prostaty, rak pęcherza. Dwa procent (2%) badanych jako powód pobytu na oddziale wskazało: kamienie w pęcherzu, kamień w nerce, rirs, guz stercza, okolice pęcherza. Niestety 10% respondentów nie udzieliło wcale odpowiedzi na to pytanie.

W kolejnym pytaniu ankiety badani zostali zapytani o okolice występowania bólu w dniu przeprowadzonego zabiegu. Jak wynika z pozyskanych danych najczęściej, bo 63% wskazało na plecy. Kolejne bolesne miejsce według ankietowanych to brzuch (48%), a następnie cewka moczowa (27%). Tylko 9% wszystkich respondentów wskazało na miejsce rany pooperacyjnej, a 6% podało dwa miejsca – brzuch i cewka moczowa.

W drugiej dobie po zabiegu, ankietowani najczęściej wskazywali jako miejsce bólowe plecy (55%). Kolejnym miejscem z doznaniem bólowymi była, według 49% badanych, cewka moczowa. Nieco mniej, bo 43% wskazywało na bolesność brzucha. Dolegliwości w obrębie rany pooperacyjnej w drugiej dobie, odczuwało 5% respondentów, a 2% wskazywało na nerkę i pęcherz.

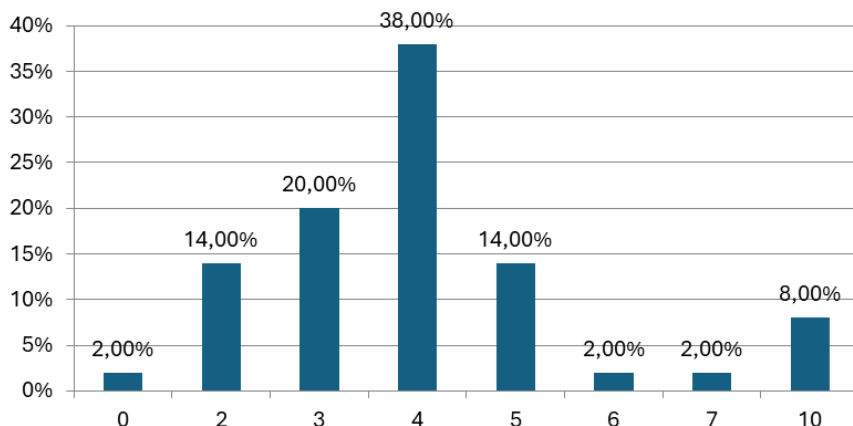


Ryc. 2. Rozkład informacji na temat rodzaju bólu

Najwięcej, bo 81,00% pacjentów odczuwa ból piekący, ból kolący wskazało 20,00% ankietowanych. Nieco mniej, bo 14,00% osób podało, iż odczuwa ból ostry, 8,00% tępy. Na inny rodzaj bólu wskazało 4,00% respondentów, a 2,00% scharakteryzowało ból jako rozrywający.

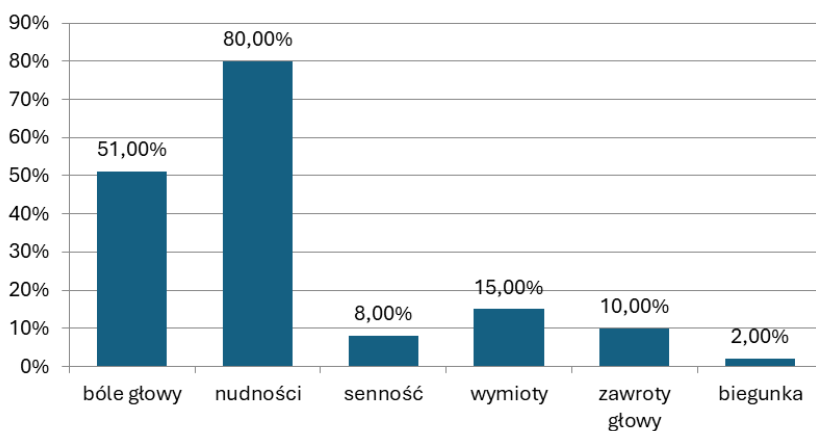
Pacjenci, zapytani o promieniowanie bólu, tylko w 44% potwierdzili, że ból promieniuje, natomiast 56,00% pacjentów nie potwierdziło promieniowania bólu.

Wśród tych badanych, którzy potwierdzili, najczęściej (16,00%) odczuwa go w cewce moczowej, a 14,00% w plecach. Ból promieniujący w okolice brzucha i okolice pęcherza odczuwa 2,00% badanych, natomiast w nerkach 4,00%.



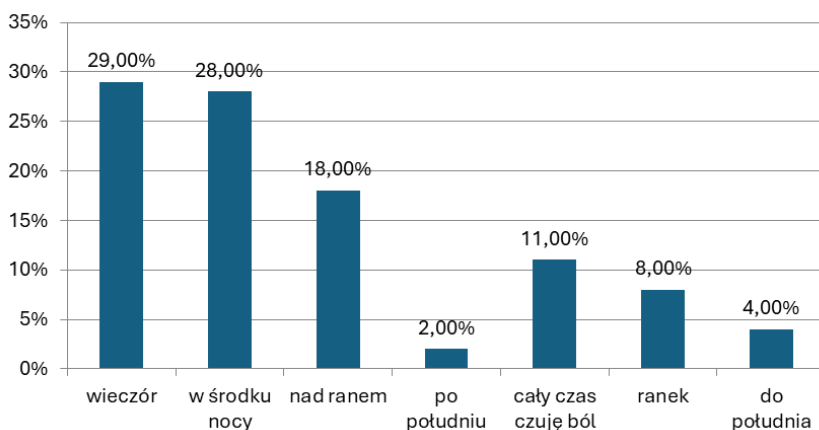
Ryc. 3. Rozkład niedogodności bólowych

Z badań wynika, że najczęściej osób ankietowanych (38%) ocenia dolegliwości bólowe na 4 pkt, a na 3 pkt 20%. Na 5pkt wskazało 14% badanych, na 2pkt – również 14%, natomiast na 2% ankietowanych oceniło dolegliwości na 6pkt, 7 pkt i 0pkt. Tylko 8% chorych stwierdziło, że ból bardzo im przeszkadza i zaznaczyli 10 pkt.



Ryc. 4. Rozkład objawów towarzyszących bólowi.

Wśród wszystkich ankietowanych jako dolegliwość towarzyszącą bólowi 51,00% wskazało bóle głowy, a 80,00% nudności. U 15,00% badanych pojawiły się wymioty, a u 10,00% zawroty głowy. Na senność wskazało 8,00% respondentów, a na biegunkę 2,00%.

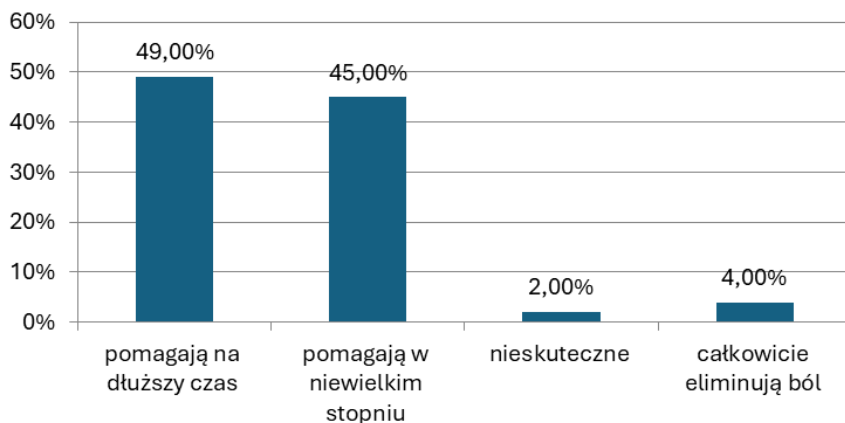


Ryc. 5. Rozkład pory dnia/ nocy występowania bólu

Ze wszystkich ankietowanych najczęściej odczuwa ból wieczorem (29%) , nieco mniej (28%) 2 w środku nocy. Nad ranem ból pojawia się u 18% badanych, a 11% odczuwa ból przez cały czas. Dla 8% porą występowania bólu jest ranek, natomiast 4% odczuwa dolegliwości bólowe do południa, a tylko 2% po południu.

Na 100 ankietowanych, pomoc pielęgniarki w uśmierzaniu bólu zadeklarowało 94% respondentów, tylko 6% nie potwierdziło pomocy pielęgniarki.

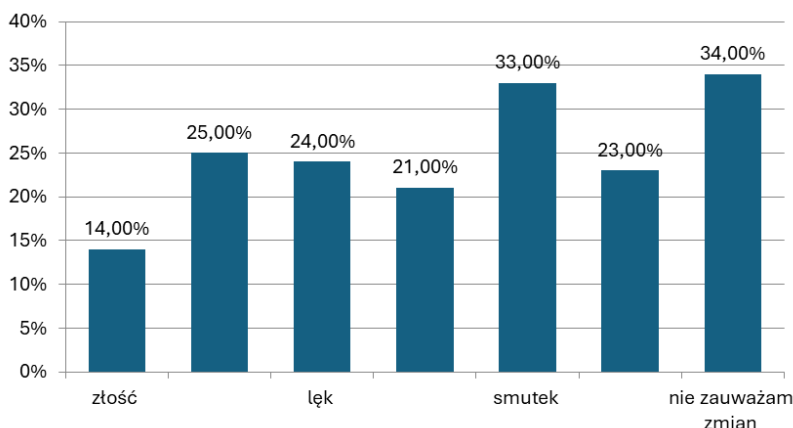
Wśród wszystkich badanych 53% początkowo nie zgłasza dolegliwości bólowych, a 47% osób od razu informuje pielęgniarkę, gdy ból tylko się pojawi.



Ryc. 6. Rozkład skuteczności stosowanych leków przeciwbólowych

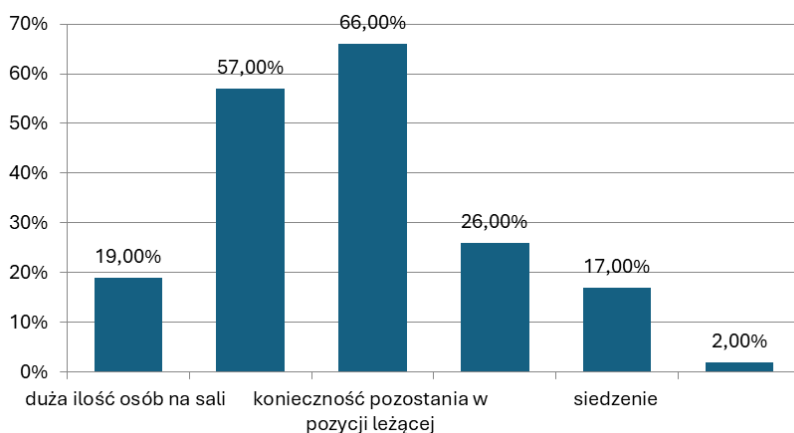
Na pytanie dotyczące skuteczności leków przeciwbólowych, 49% osób zgłosiło, że leki pomagają na dłuższy czas. Niewielki stopień skuteczności leków zaznaczyło 45% ankietowanych. Całkowitą eliminację bólu potwierdziło 4%, natomiast 2% wskazało, że leki są nieskuteczne.

Jak podaje 36% osób ankietowanych, pielęgniarka nie zawsze informuje o nazwie i dawce podanego leku przeciwbólowego, natomiast 34% stwierdza, że raczej tak. Zdecydowanie tak, zaznaczyło 20% badanych, a 10% odpowiedziało, że pielęgniarka informuje sporadycznie.



Ryc. 7. Rozkład emocji towarzyszących bólowi

Najwięcej osób wskazało, że podczas bólu nie zauważa żadnych zmian (34%), a 33% odczuwa smutek. Na zbliżonym poziomie badani pacjenci odczuwają zdenerwowanie (25%), lęk (24%), zmartwienie (23%) i bezradność. Najmniej osób wskazało, że podczas bólu odczuwa złość – 14%.



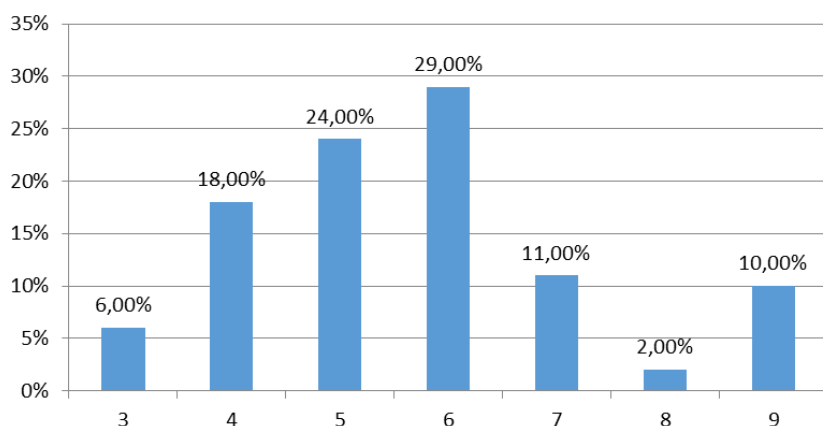
Ryc. 8. Rozkład czynników zwiększających odczucia bólowe

Wśród czynników zwiększających odczuwanie bólu, ankietowani na pierwszym miejscu wskazali konieczność pozostania w pozycji leżącej (66%), a następnie zmianę pozycji ciała (57%). Dla 26% badanych, czynnikiem zwiększającym odczucie bólu są przedłużające się wizyty rodziny, znajomych, na 19% duża ilość osób w sali. 17% re-

spondentów wskazało siedzenie, a 2% wybrało żadnego czynnika.

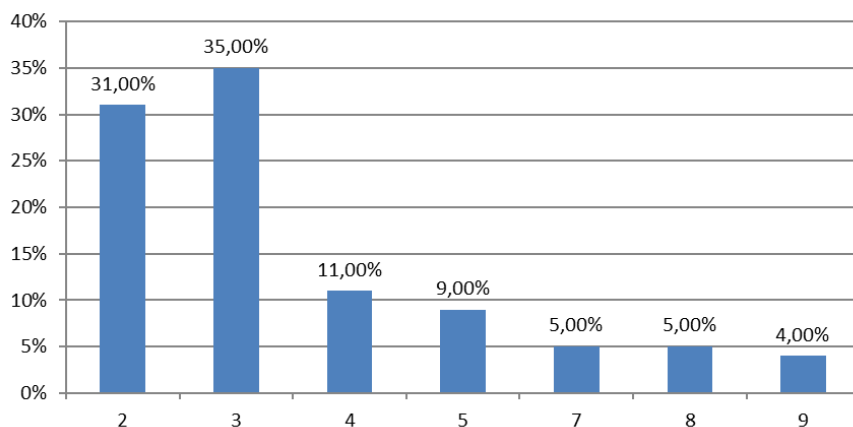
Badania dowiodły, że 74% poddanych ankiecie jest zadowolonych ze sposobu uśmierzania bólu, a 26% nie.

Analiza skali VAS



Ryc. 9. Rozkład poziomu natężenia bólu w dniu zabiegu

Wśród wszystkich ankietowanych, 29% oceniło poziom natężenia bólu w dniu operacji na 6pkt, na 5 pkt wskazało 24%, na 4pkt – 18%, natomiast na 7pkt – 11%. Znaczny procent ankietowanych, bo 10% wskazało na ból w skali 9 pkt, a 2% na skalę 8%. Tylko 2% badanych oceniło ból na 3pkt i na 8 pkt (2%).



Ryc. 10. Rozkład natężenia bólu w drugiej dobie po zabiegu

W drugiej dobie po operacji, 35% badanych oceniło poziom bólu na 3pkt, a 31% nawet na 2 pkt. Nieco wyższe odczucia bólowe, na poziomie 4 pkt zaznaczyło 4% ankietowanych.

towanych, a na poziomie 5 pkt – 9%. Po 5% respondentów wskazało odczucia bólowe na poziomie 7 pkt i 8 pkt. Tylko 4% zaznaczyło na skali 9 pkt.

Weryfikacja hipotez

1. Ból po zabiegu jest najsilniejszy w pierwszej dobie, co potwierdza VAS

Ze wszystkich badanych 6% osób odczuwał natężenie bólu do 3 pkt, czyli ból słaby. Aż 71% czyli najwięcej miało natężenie bólu od 4 do 6 pkt, czyli ból umiarkowany oraz 23% osób miało natężenie bólu od 7 do 10 pkt, co oznacza ból silny. Badanych było 100 osób. Średnie natężenie bólu ankietowanych zostało oszacowane na poziomie 5,67 pkt z błędem szacunku 0,16 pkt. Przeciętnie natężenie bólu różniło się od średniej o 1,6 pkt, co stanowi 27,9% średniej i świadczy o znaczącym zróżnicowaniu natężenia bólu odczuwanego przez ankietowanych. Połowa badanych miała natężenie bólu mniejsze od 6 pkt. Najwyższa odnotowana punktacja wyniosła 9 pkt (bardzo solny ból) a najniższa 3 pkt (ból słaby). Średnia VAS w grupie w dniu operacji wyniosła 5,67 z odchyleniem standardowym 1,583 zaś w grupie w 2 dobie po operacji wyniosła 3,67 z odchyleniem standardowym 1,965.

Z uwagi na obliczoną wartość $-p = 0,000$ mniejszą od przyjętego poziomu istotności 0,05 odrzucono hipotezę zerową i stwierdzono, iż średnia w 2 dobie po operacji (średnia $M=3,67$) jest istotnie mniejsza od średniej w dniu operacji ($M=5,67$).

Reasumując test wykazał, że odczuwanie bólu w pierwszej dobie po operacji jest istotnie większe niż w drugiej dobie po niej. Efekt tej różnicy jest znaczący.

2. Rodzaj zastosowanego znieczulenia nie wpływa na poziom odczuwania bólu

Średnia VAS w grupie znieczulenie miejscowe wyniosła 5,784 z odchyleniem standardowym 1,682 zaś w grupie znieczulenie ogólne wyniosła 5,346 z odchyleniem standardowym 1,231.

Z uwagi na obliczoną wartość $-p = 0,11327$ większą od przyjętego poziomu istotności 0,05 brak podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej i stwierdzono, iż średnie są statystycznie równe. Wielkość efektu wyrażona różnicą standaryzowaną d-Cohena wyniosła 0,275 i świadczy o małej wielkości efektu.

Podsumowując, hipoteza zakładana na wstępie mówiąca o braku wpływu typu znieczulania na odczuwania bólu została potwierdzona.

3. Lokalizacja zabiegu wpływa na poziom odczuwania bólu

Lokalizacja nie ma wpływu na poziom odczuwania bólu. Z uwagi na obliczoną wartość $-p=0,262764$, która jest większa od przyjętego poziomu istotności 0,05 i stwierdzono, iż wszystkie lokalizacje zabiegu mają średnie odczuwania bólu w skali VAS statystycznie równe.

4. Płeć ma wpływ na poziom odczuwania bólu po zabiegu endoskopowym.

Z uwagi na obliczoną wartość $-p = 0,04739$ mniejszą od przyjętego poziomu istotności 0,05 odrzucono hipotezę zerową i stwierdzono, iż średnia odczuwania bólu u kobiet ($M=5,341$) jest istotnie mniejsza od średniej mężczyzn ($M=5,875$).

Wielkość efektu wyrażona różnicą standaryzowaną d-Cohena wyniosła 0,337 i świadczy o małej wielkości efektu. Innymi słowy kobiety odczuwają istotnie słabiej ból od mężczyzn. Potwierdza się tu ogólnie znana, wyższa odporność kobiet na ból.

Dyskusja

Ankietowani zostali poproszeni o podanie rodzaju zabiegu, jakiemu zostali poddani. Jak wynika z pozyskanych danych, najwięcej osób wskazało na guz pęcherza moczowego (21%). Niewiele mniej, bo 20% respondentów podało zabieg kruszenia kamieni w moczowodzie. Na trzecim miejscu wśród zabiegów urologicznych znalazł się zabieg dotyczący kamieni w nerce (17%). Ankietowani ponadto wskazali na poziomie 4% jeszcze inne zabiegi takie jak: rozbijanie złożeń i założenie cewnika, zwężenie moczowodu, kamień w przewodzie moczowym, guz prostaty, guz pęcherza. Dwa procent (2%) badanych jako powód pobytu na oddziale wskazało: kamienie w pęcherzu, kamień w nerce, guz stercza.

Ponad połowa respondentów (58%) potwierdziła, że uzyskała od pielęgniarki informację o fakcie wystąpienia bólu po zabiegu. Niestety 42% badanych stwierdziło, że takiej informacji od personelu medycznego nie otrzymało.

Pierwsza hipoteza, którą starano się udowodnić brzmiała: Ból po zabiegu jest najsilniejszy w pierwszej dobie.

W badaniach własnych, wśród wszystkich 100 ankietowanych 6% osób odczuwało natężenie bólu do 3 pkt, czyli ból słaby. Aż 71% czyli najwięcej miało natężenie bólu od 4 do 6 pkt., czyli ból umiarkowany oraz 23% osób miało natężenie bólu od 7 do 10 pkt co oznacza ból silny. Średnie natężenie bólu ankietowanych zostało oszacowane na poziomie 5,67 pkt z błędem szacunku 0,16 pkt. Przeciętnie natężenie bólu różniło się od średniej o 1,6 pkt, co stanowi 27,9% średniej i świadczy o znaczącym zróżnicowaniu natężenia bólu odczuwanego przez ankietowanych. Połowa badanych miała natężenie bólu mniejsze od 6 pkt. Najwyższa odnotowana punktacja wyniosła 9 pkt (bardzo silny ból) a najniższa 3 pkt (ból słaby).

W celu porównania średnich odczuwania bólu w dniu operacji z bólem po 2 dobie od operacji wykonano test t-Studenta dla zmiennych zależnych. Test ten pozwala stwierdzić czy średnie dwóch próbek są statystycznie różne. Średnia VAS w grupie w dniu operacji wyniosła 5,67 z odchyleniem standardowym 1,583 zaś w grupie w 2 dobie po operacji wyniosła 3,67 z odchyleniem standardowym 1,965

Z uwagi na obliczoną wartość $-p = 0,000$ mniejszą od przyjętego poziomu istotności 0,05 odrzucono hipotezę zerową i stwierdzono, iż średnia w 2 dobie po operacji (średnia $M=3,67$) jest istotnie mniejsza od średniej w dniu operacji ($M=5,67$).

Wielkość efektu wyrażona różnicą standaryzowaną d-Cohena wyniosła 1,115 i świadczy o efekcie dużej wielkości.

W literaturze odnaleźć można podobne wyniki. W badaniach Gawędy przeprowadzonych na 110 ankietowanych ponad połowa (57,67%) badanych pacjentów za najsilniejszy został uznany ból w pierwszej dobie po zabiegu [4].

Reasumując, odczuwanie bólu w pierwszej dobie po operacji jest istotnie większe niż w drugiej dobie po niej.

Druga hipoteza, którą starano się udowodnić brzmiała: Rodzaj zastosowanego znieczulenia nie wpływa na poziom odczuwania bólu.

W badaniach własnych respondentom zadano pytanie o rodzaj zastosowanego podczas zabiegu znieczulenia. Otrzymano wynik, iż u 74% respondentów zastosowano znieczulenie miejscowe, natomiast u 26% znieczulenie ogólne. Na tej podstawie wyróżniono dwie grupy pacjentów: znieczulonych miejscowo i ogólnie. W celu zbadania różnic pod względem VAS średnie obu grup w porównano za pomocą testu t-Studenta dla prób niezależnych.

Średnia VAS w grupie znieczulenie miejscowe wyniosła 5,784 z odchyleniem standardowym 1,682 zaś w grupie znieczulenie ogólne wyniosła 5,346 z odchyleniem standardowym 1,231

Z uwagi na obliczoną wartość $-p = 0,11327$ większą od przyjętego poziomu istotności 0,05 brak podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej i stwierdzono, iż średnie są statystycznie równe. Wielkość efektu wyrażona różnicą standaryzowaną d-Cohena wyniosła 0,275 i świadczy o małej wielkości efektu.

W opracowaniu Grochans znajdujemy informację, iż taki element, jak rodzaj zastosowanego znieczulenia, nie ma istotnego wpływu na odczuwanie dolegliwości bólowych [5].

Podsumowując, hipoteza, która zakładała na wstępie brak wpływu rodzaju znieczulania na odczuwanie bólu została potwierdzona.

Kolejna, trzecia hipoteza brzmiała: Lokalizacja zabiegu wpływa na poziom odczuwania bólu.

W kolejnym pytaniu ankiety badani zostali zapytani o okolice występowania bólu w dniu przeprowadzonego zabiegu. Jak wynika z pozyskanych danych najczęściej, bo 63% wskazało na plecy. Kolejne bolesne miejsce według ankietowanych to brzuch (48%), a następnie cewka moczowa (27%). Tylko 9% wszystkich respondentów wskazało na miejsce rany pooperacyjnej, a 6% podało dwa miejsca – brzuch i cewka moczowa. W drugiej dobie po zabiegu, ankietowani najczęściej wskazywali jako miejsce bólowe plecy (55%). Kolejnym miejscem z doznaniem bólowym była, według 49% badanych, cewka moczowa. Nieco mniej, bo 43% wskazywało na bolesność brzucha. Dolegliwości w obrębie rany pooperacyjnej w drugiej dobie, odczuwało 5% respondentów, a 2% wskazywało na nerkę i pęcherz.

W dostępnych w literaturze wynikach badań wnioski są podobne, że lokalizacja zabiegu nie ma wpływu na poziom odczuwania bólu [6].

Z uwagi na obliczoną wartość $-p=0,262764$ która jest większa od przyjętego poziomu istotności 0,05 brak podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej i stwierdzono, iż wszystkie lokalizacje zabiegu mają średnie odczuwania bólu w skali VAS statystycznie równe. Lokalizacja przeprowadzonego zabiegu nie ma wpływu na poziom odczuwania bólu.

Ostatnia, czwarta hipoteza brzmiała: Płeć ma wpływ na poziom odczuwania bólu po zabiegu endoskopowym.

W badaniach własnych uwzględniono 56% mężczyzn i 44% kobiet. W celu zbadania różnic pomiędzy płciami pod względem odczuwania bólu w skali VAS średnie obu płci porównano za pomocą testu t-Studenta dla prób niezależnych. Średnia VAS w grupie mężczyzn wyniosła 5,875 z odchyleniem standardowym 1,81 zaś w grupie kobiet wyniosła 5,341 z odchyleniem standardowym 1,2. Z uwagi na obliczoną wartość $-p=0,04739$ mniejszą od przyjętego poziomu istotności 0,05 odrzucono hipotezę zerową i stwierdzono, iż średnia odczuwania bólu u kobiet ($M=5,341$) jest istotnie mniejsza od średniej mężczyzn ($M=5,875$).

Wielkość efektu wyrażona różnicą standaryzowaną d-Cohena wyniosła 0,337 i świadczy o małej wielkości efektu.

W wynikach badań dostępnych w literaturze odnaleźć można informacje na temat związku płci z odczuwaniem bólu. Gawęda uważa, że kobiety odczuwają nieco większe natężenie bólu niż mężczyźni, jednak nie zaobserwowano istotnej zależności statystycznej [4]. Do podobnych wniosków dochodzi Grochans twierdząc, że na poziom odczuwania bólu ma wpływ wiele czynników, wśród nich płeć, jednak nie jest ona decydująca [5].

Innymi słowy kobiety istotnie odczuwają ból słabiej niż mężczyźni. Potwierdza się tu ogólnie znana, wyższa odporność kobiet na ból.

Można w tej kwestii znaleźć w ogólnodostępnych treściach opinie, że mężczyźni nie potrafiliby, np. znieść bólu porodowego.

Badani zostali zapytani o okolice występowania bólu w dniu przeprowadzonego zabiegu. Jak wynika z pozyskanych danych najwięcej, bo 63% wskazało na plecy. Kolejne bolesne miejsce według ankietowanych to brzuch (48%), a następnie cewka moczowa (27%). Tylko 9% wszystkich respondentów wskazało na miejsce rany pooperacyjnej, a 6% podało dwa miejsca – brzuch i cewka moczowa. Natomiast w drugiej dobie po zabiegu, najczęściej wskazywali jako miejsce bólowe również plecy (55%). Kolejnym miejscem z doznaniem bólowym była, według 49% badanych, cewka moczowa. Nieco mniej, bo 43% wskazywało na bolesność brzucha. Dolegliwości w obrębie rany pooperacyjnej w drugiej dobie, odczuwało 5% respondentów, a 2% wskazywało na nerkę i pęcherz.

Z wyników badań własnych otrzymano informację, że najwięcej, bo 81,00% pacjentów odczuwa ból piekący, ból kołący wskazało 20,00% ankietowanych. Nieco mniej, bo 14,00% osób podało, iż odczuwa ból ostry, 8,00% tępy. Na inny rodzaj bólu wskazało 4,00% respondentów, a 2,00% scharakteryzowało ból jako rozrywający.

Podobieństwo do wyników badań własnych można znaleźć w badaniach przeprowadzonych przez Prochowicz, według których ból piekący wskazało 35% ankietowanych, a kłujący 32% [7].

Wśród 100 ankietowanych w badaniach własnych jako dolegliwość towarzyszącą bólowi 51,00% wskazało bóle głowy, a 80,00% nudności. U 15,00% badanych pojawiły się wymioty, a u 10,00% zawroty głowy. Na senność wskazało 8,00% respondentów, a na biegunkę 2,00%.

Z badań przeprowadzonych przez Gawędę wynika, że w większości badanych dolegliwością towarzyszącą bólowi są nudności i wymioty, natomiast rzadziej wystąpiły bóle głowy [4].

Ze wszystkich ankietowanych w badaniach najczęściej odczuwa ból wieczorem (29%), nieco mniej (28%) 2 w środku nocy. Nad ranem ból pojawia się u 18% badanych, a 11% odczuwa ból przez cały czas. Dla 8% porą występowania bólu jest ranek, natomiast 4% odczuwa dolegliwości bólowe do południa, a tylko 2% po południu.

Wśród czynników zwiększających odczuwanie bólu, ankietowani w badaniu własnym, na pierwszym miejscu wskazali konieczność pozostania w pozycji leżącej (66%), a następnie zmianę pozycji ciała (57%). Dla 26% badanych, czynnikiem zwiększającym odczucie bólu są przedłużające się wizyty rodziny, znajomych, na 19% duża ilość osób w sali. 17% respondentów wskazało siedzenie, a 2% nie wybrało żadnego czynnika.

Badania własne wykazały jak ankietowani odczuwają skuteczności leków przeciwbólowych. Około połowy badanych (49%) zgłosiło, że leki pomagają na dłuższy czas. Niewielki stopień skuteczności leków zaznaczyło 45% ankietowanych. Całkowitą eliminację bólu potwierdziło 4%, natomiast 2% wskazało, że leki są nieskuteczne.

Gawęda, w swoich badaniach, wskazuje, że podanie środków przeciw bólowych przyniosło ulgę w umiarkowanym stopniu u 59,3%, niewielkie obniżenie bólu nastąpiło u 34,9%. Znaczną ulgę poczuło 5% badanych, a tylko 1 osoba (0,5%) zaznaczyła brak zniesienia bólu [4].

Wyniki badań własnych dotyczące poziomu zadowolenia ze sposobów uśmierzania bólu pooperacyjnego wskazują, że 74% respondentów jest zadowolona z działań pielęgniarских w omawianym zakresie, a 24% nie jest zadowolona. W badaniach dostępnych w literaturze, w większości pacjenci są zadowoleni. Potwierdzają to wyniki badań przeprowadzonych przez Prochowicz, w którym aż 95% ankietowanych wyraziło się pozytywnie o zastosowanych sposobach uśmierzania bólu [7].

Wnioski

1. Pacjenci po zabiegach odczuwali większe natężenie bólu w pierwszej dobie w porównaniu z drugą dobą.
2. Rodzaj zastosowanego podczas zabiegu znieczulenia, nie ma wpływu na poziom odczuwania bólu.
3. Na poziom odczuwania bólu nie ma wpływu lokalizacja przeprowadzonego zabiegu.
4. Na poziom odczuwania bólu ma wpływ płeć. Kobiety istotnie częściej odczuwały ból, jednak średnia odczuwania bólu u kobiet jest istotnie mniejsza od średniej mężczyzn.

Zalecenia dla praktyki zawodowej pielęgniarki

Badanie endoskopowe na oddziale urologii wykorzystywane są do diagnozowania chorób oraz do przeprowadzania niektórych zabiegów terapeutycznych. Każda chirurgiczna ingerencja związana jest z wystąpieniem dolegliwości bólowych, a właściwa ocena bólu i prawidłowe postępowanie lecznicze w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych mają wpływ na przebieg rekonwalescencji u pacjentów po zabiegach endoskopowych. Ważną rolę w procesie diagnostyczno-terapeutycznym spełnia pielęgniarka i jej diagnozy. Dlatego też znajomość przyczyn i ocena bólu po zabiegach endoskopowych oraz zastosowanie odpowiedniego leczenia wymaga od całego zespołu terapeutycznego wiedzy w celu zapewnienia jak najlepszej opieki przekładającej się na przebieg rekonwalescencji.

Bibliografia:

1. Klimczyk A., Niechwiadowicz – Czapka T. Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo Continuo. Wrocław 2008:60–71.
2. Wordliczek J. Mechanizmy powstawania bólu ostrego. [w:] Dobrogowski J., Wordliczek J., Woron J.(red.) Farmakoterapia bólu. Wydawnictwo Termedia. Poznań 2014:10–17.
3. Wordliczek J., Dobrogowski J. Leczenie bólu. Wydawnictwo PZWL. Warszawa 2017:32–258.
4. Gawęda A., Kamińska J., Wawoczna G., Tobor E., Ogonowska D. Ból pooperacyjny w opinii pacjenta. *PIELĘGNIARSTWO POLSKIE*. 2020;4(78):209–216.
5. Grochans E., Hyrcza V., Kuczyńska M. Subiektywna ocena bólu pooperacyjnego u pacjentów po wybranych zabiegach chirurgicznych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2011;2:82–87.
6. Roslan M., Perkowski D. Przezpęcherzowe operacje laparoendoskopowe (transvesical laparoendoscopic single-site surgery- T- LESS) w wybranych patologiach układu moczowego. *Przegląd Urologiczny*. 2013;2 (78):4–6.
7. Prochowicz D.B., Krajewska-Kułąk E., Trochomowicz L. Skala bólu pooperacyjnego w percepcji pacjentów oddziału urologii onkologicznej i ogólnej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2014;4:170–179.

Imię i nazwisko autora do korespondencji:

GRAŻYNA CHOJNACKA-KOWALEWSKA

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku,
Wydział Nauk o Zdrowiu

ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25

87-800 Włocławek

e-mail: grazyna.chojnacka-kowalewska@pans.wloclawek.pl

Konflikt interesów: Nie

Finansowanie: Nie

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy:

TOMASZ BERBEĆ A-C,

GRAŻYNA CHOJNACKA-KOWALEWSKA A-F

A – Koncepcja i projekt badania

B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych

C – Analiza i interpretacja danych

D – Napisanie artykułu

E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu

F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Data otrzymania: 29.09.2024

Data akceptacji: 10.10.2024