

Katarzyna Sosnowska¹, Zbigniew Orzeł², Patrycja Dachnowska³, Mariusz Sutryk⁴, Ewa Guz⁵, Julia Bywalec⁶, Olga Smolińska⁷

¹Wydział Nauk o Człowieku, Lubelska Akademia WSEI

²Wydział Nauk o Człowieku, Lubelska Akademia WSEI; ORCID: 0000-0002-6356-1695

³Wydział Nauk o Człowieku, Lubelska Akademia WSEI; Studenckie Koło Naukowe przy Monoprofilowym Centrum Symulacji Medycznej, ORCID:000-0004-6187-3363

⁴Wydział Nauk o Człowieku, Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0000-0002-8998-125X

⁵Wydział Nauk o Człowieku, Lubelska Akademia WSEI, ORCID: 0002-0507-2172

⁶Wydział Nauk o Człowieku, Lubelska Akademia WSEI, ORCID:0009-0009-2122-8120

⁷Wydział Nauk o Człowieku, Lubelska Akademia WSEI, ORCID:0009-0001-5957-0126

Ocena wiedzy pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych na temat metod oceny i zasad leczenia bólu

Assessment of the knowledge of nurses working in oncological departments on assessment methods and principles of pain treatment

Streszczenie

Wstęp. Ból jest jednym głównym stresorem, jaki dotyka pacjentów z chorobą nowotworową. Dlatego też eliminowanie nieprzyjemnych dolegliwości bólowych stanowi jedno z najważniejszych wyzwań w zarządzaniu jakością życia pacjentów leczonych z przyczyn onkologicznych. Pielęgniarki to grupa zawodowa, która spędza z pacjentem najwięcej czasu, dlatego też odgrywają niezastąpioną rolę w procesie podejmowania decyzji na temat zarządzania bólem.

Cel pracy. Ocena stanu wiedzy pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych na temat metod oceny i zasad leczenia bólu.

Materiał i metoda. Badania zostały przeprowadzone pomiędzy 1 lutego a 30 kwietnia 2023 roku metodą sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, u chorych onkologicznych z bólem.

Wyniki. Badaniem objęto grupę 124 pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych. Aż 95,16% ($n = 118$) stanowiły kobiety. Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 40,93 lata. W większości badane pielęgniarki mieszkały w dużym mieście. Średni wynik ogólnego stanu wiedzy po zsumowaniu wszystkich uzyskanych punktów wynosił 66,56 ($SD = 8,71$) punktów. Najwyższą średnią punktację respondenci uzyskali w obszarze Leczenie farmakologiczne ($M = 69,25$; $SD = 12,71$), następnie w obszarze Ocena kliniczna bólu ($M = 67,26$; $SD = 18,27$).

Wnioski. W badanej grupie pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych stwierdzono, że prawie 76% respondentów miało dostateczny stan wiedzy na temat metod oceny i zasad leczenia bólu. Cechą socjodemograficzną istotnie różnicującą badaną grupę w poziomie wiedzy na temat metod oceny i zasad leczenia bólu była płeć. Istotnie wyższy ogólny stan wiedzy na temat metod oceny i zasad leczenia bólu posiadały pielęgniarki, które nie ukończyły studiów podyplomowych, a w obszarze Niefarmakologiczne metody leczenia bólu istotnie wyższy poziom wiedzy posiadały pielęgniarki legitymujące się specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa.

Słowa kluczowe: wiedza pielęgniarek, ból, leczenie bólu, opieka pielęgniarska

Abstract

Introduction. Pain is one of the main stressors that affects cancer patients. Therefore, eliminating unpleasant pain is one of the most important challenges in managing the quality of life of patients treated for oncological reasons. Nurses are the professional group that spends the most time with the patient, therefore they play an irreplaceable role in the decision-making process on pain management. Therefore, they should be well prepared for this role and should have an adequate knowledge of pain assessment methods and principles of pain management.

Aim. Evaluation of the knowledge of nurses working in oncology wards on methods of assessment and principles of pain treatment.

Material and method. The research was carried out between February 1 and April 30, 2023 using the diagnostic survey method. The study was conducted using an online survey. The research tool was a self-created questionnaire entitled Questionnaire for assessing the state of knowledge about diagnostic and therapeutic procedures in oncological patients with pain. It consisted of 30 statements and assessed the state of knowledge about pain assessment methods and principles in general and in four areas: Clinical assessment of pain, Pathophysiology of pain, Pharmacological treatment of pain and Non-pharmacological methods of pain treatment. The tool ended with questions about job-related variables and a metric.

Results. The study covered a group of 124 nurses working in oncology wards. As many as 95.16% ($n = 118$) were women. The mean age in the study group was 40.93 years. Most of the surveyed nurses lived in a large city. The average result of the general state of knowledge after summing up all the obtained points was 66.56 ($SD = 8.71$) points. The highest average score was obtained by the respondents in the area of Pharmacological treatment ($M = 69.25$; $SD = 12.71$), followed by the area of Clinical assessment of pain ($M = 67.26$; $SD = 18.27$). A slightly lower score was obtained in the area of Non-pharmacological methods of pain treatment ($M = 63.87$; $SD = 13.66$), and the lowest in the area of Pathophysiology of pain ($M = 60.48$; $SD = 15.61$).

Conclusions. In the surveyed group of nurses working in oncology wards, it was found that almost 76% of the respondents had a sufficient state of knowledge about the methods of assessment and principles of pain treatment. The sociodemographic feature significantly differentiating the study group in terms of the level of knowledge about pain assessment methods and principles of pain treatment was gender. Nurses who did not complete post-graduate studies had a significantly higher general knowledge of pain assess-

ment methods and principles of pain treatment, and in the area of Non-pharmacological methods of pain treatment, nurses with a specialization in nursing had a significantly higher level of knowledge.

Keywords: nurses' knowledge, pain, pain treatment, nursing care

Wstęp

Ból to złożone, subiektywne doznanie, które jest jednym z najczęstszych objawów występujących u pacjentów chorych na nowotwór. W literaturze przedmiotu można spotkać wiele definicji bólu. Najczęściej cytowana definicja zaproponowana przez Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (ang. *International Association for the Study of Pain*, IASP) definiuje ból jako „nieprzyjemne doznania zmysłowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub przypominające to doznanie”. Jednocześnie IASP zauważa, że brak werbalnej zdolności do komunikowania się nie wyklucza u człowieka istnienia bólu i konieczności włączenia leczenia przeciwbólowego [1]. Zgodnie z przytoczoną powyżej definicją, ból to zjawisko subiektywne, zatem każdy z nas uczy się definiować ból dzięki doświadczeniom z wczesnego okresu życia i najczęściej są to doświadczenia związane z urazami. Północnoamerykańskie Towarzystwo Diagnoz Pielęgniarskich (ang. *North American Nursing Diagnosis Association*, NANDA) definiuje ból jako „stan zdrowia” w którym człowiek doświadcza i zgłasza „poważny dyskomfort lub niegodne uczucie w formie bezpośredniej werbalnej komunikacji lub kodowania dykryptorem” [2]. Zatem ból to wszystko, co doświadcza jąca go osoba nazywa w ten sposób oraz istnieje zawsze, kiedy pacjent twierdzi, że jest obecny [1].

Ból można różnicować w zależności od czasu trwania, i w związku z tym wyróżniamy ból ostry (to normalna, przewidywalna fizjologiczna reakcja organizmu w odpowiedzi na szkodliwy bodziec chemiczny, termiczny lub mechaniczny, związany z urazem lub ostrym schorzeniem [4]) oraz ból przewlekły (nie ma wartości biologicznej i trwa dłużej niż wynosi normalny czas gojenia się tkanek, czyli zwykle około 3 miesięcy) [5]. Ze względu na mechanizm powstawania bólu wyróżnia się [6]:

- ból receptorowy (nocyceptywny) w jego podłoża leży podrażnienie receptorów bólowych, i można go podzielić na ból fizjologiczny (wynikający z działania bodźca bólowego bez uszkodzenia tkanek) i ból kliniczny (związany z uszkodzeniem tkanek),
- ból niereceptorowy – u podłoża tego rodzaju bólu leży inny mechanizm niż drażnienie zakończeń nerwowych. Wyróżniamy:
 - ból neuropatyczny (pierwotne uszkodzenie lub dysfunkcja układu nerwowego),
 - ból psychogeny (brak uszkodzenia tkanek),
 - ból zapalny (u jego podłoża leży obniżenie progu pobudliwości nocycceptorów i wykazuje cech bólu patologicznego)

Badania epidemiologiczne wskazują, że ból występuje u 52% pacjentów z chorobą nowotworową i u 64% chorych z zaawansowaną postacią raka [7]. Częstość i stopień nasilenia dolegliwości bólowych różni się u pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej i jest zależny od rodzaju oraz stopnia zaawansowania choroby. Zdarza się, że pojawienie się bólu stanowi pierwszy objaw nowotworu. Ból w chorobie nowotworowej cechuje się zmienną dynamiką, z okresami zaostrzeń i okresami ulgi. Powoduje to, że ból jest niezwykle dotkliwy dla pacjenta oraz utrudnia postępowanie terapeutyczne, pomimo względnie dobrej odpowiedzi klinicznej na zastosowane leczenie przeciwbólowe. Bóle występujące w chorobie nowotworowej są najczęściej spowodowane rozrostem masy guza i jej uciskiem na nerwy, a także przerzutami do kości, skóry czy narządów miękkich. Bóle mogą być powikłaniem leczenia systemowego nowotworów np. bóle po chemioterapii, radioterapii czy pomastektomijne. Ogólny zły stan pacjenta chorego na nowotwór może być przyczyną bólu jak np. unieruchomienie w łóżku i związane z nim powikłania, wyniszczenie nowotworowe, infekcji itd. Specyficznym rodzajem bólu jest ból koincydentalny występujący u chorych na nowotwory złośliwe, ale nie jest związany ani z nowotworem ani nie jest powikłaniem leczenia np. bóle głowy, bóle stawów itd. [8]. Polskie Towarzystwo Badania Bólu (PTBB) dolegliwości bólowe w chorobach nowotworowych klasyfikuje według przyczyny i wyróżnia:

- ból spowodowany obecnością guza pierwotnego lub przerzutów,
- ból spowodowany diagnostyką i leczeniem choroby nowotworowej,
- zespół bólowy związany pośrednio z nowotworem lub niezwiązane z chorobą nowotworową,
- ból przebijający.

Ocena bólu, podobnie jak sam ból, jest zjawiskiem subiektywnym, wiążącym się z indywidualną percepcją bodźca jako bólowego oraz wielowymiarowym oddziaływaniem na różne sfery funkcjonowania człowieka: fizyczną, psychiczną, socjalną i duchową. Podczas badania przedmiotowego, pacjenta, który skarży się na dolegliwości bólowe, należy dążyć do pozyskania informacji na temat: lokalizacji bólu, przyczyny, czasu trwania, promieniowania (wraz z obszarem ciała gdzie ból promieniuje), jakości bólu, czynników łagodzących i nasilających ból, stopnia natężenia bólu oraz charakteru bólu [4]. Rzetelnie przeprowadzony wywiad powinien także uwzględniać doświadczenia pacjenta z leczeniem farmakologicznym dolegliwości bólowych w przeszłości takie jak np. działania niepożądane, przyjmowane obecnie leki, nadwrażliwości na leki itd. Ważnym elementem oceny jest masa ciała, zwłaszcza u pacjentów pediatrycznych, co pozwoli na dostosowanie dawki leku [10].

Subiektywny charakter odczuć bólowych może nastroczać problemów w prawidłowej ocenie tego zjawiska, ponieważ pacjenci nie zawsze manifestują go w sposób wyraźny, a w niektórych przypadkach mogą zawyżać lub zaniżać ocenę np. w celu uzyskania korzyści dla siebie. Dlatego też, w ocenie pacjenta z dolegliwościami bólowymi niezbędnym staje się stosowanie metod do oceny bólu jak najbardziej obiektywnych, czyli skal. Używanie skal do oceny bólu u chorego, choć nie jest pozbawione wpływów

subiektywnych, stanowi obecnie najbardziej polecany sposób pomiaru bólu. W praktyce klinicznej dostępne są liczne skale jedno- i wielowymiarowe do oceny nasilenia bólu. Zastosowanie określonej skali zależy od indywidualnej sytuacji klinicznej, a wybór narzędzia do oceny powinien być oparty na aktualnej wiedzy medycznej [11].

Ważnym elementem w efektywnej terapii bólu jest umiejętność rozpoznania i oceny dolegliwości bólowych występujących u pacjenta. Objawami niewerbalnym, występującymi np. u pacjentów nieprzytomnych lub z utrudnionym kontaktem, towarzyszącymi dolegliwościom bólowym może być: przyśpieszony i spłycony oddech, przyśpieszone tętno, grymas na twarzy, płacz, lamentowanie, jęczenie, wzdychania a niekiedy przeklinanie. Natomiast w ocenie dolegliwości bólowych w praktyce klinicznej pielęgniarka ma do dyspozycji wiele skal, jak skale jedno- i wielowymiarowe, czy skale specjalne dedykowane konkretnym grupom pacjentów (np. pacjenci z demencją) lub w konkretnych rodzajach bólu (np. ból neuropatyczny) [12].

Udział pielęgniarki w farmakoterapii bólu u pacjentów z chorobą nowotworową wymaga od niej znajomości zasad podawania leków według drabiny analgetycznej opracowanej przez WHO. Jak wspomniano wyżej, drabina analgetyczna WHO jest swojego rodzaju „przewodnikiem” dla personelu medycznego pozwalające go nabranie odpowiedniego leku, odpowiedniej dawki leku do nasilenia odczuwanych dolegliwości bólowych przez pacjenta. W terapii bólu, pielęgniarka powinna także znać działania niepożądane zastosowanych leków i potrafić im zapobiegać [13].

Bardzo ważnym elementem postępowania przeciwbólowego są podejmowane interwencje pielęgniarskie których celem jest minimalizowanie odczuć bólowych. Wśród takich interwencji podejmowanych dam odzienie przez pielęgniarkę wymienić należy: zmianę pozycji ułożeniowej na taką, która minimalizuje natężenie bólu, ale jest dostosowana do stanu pacjenta.

Rozwój samodzielności zawodowej pielęgniarek zaowocował stworzeniem i wprowadzeniem do praktyki nowych uprawnień zawodowych. Od 1 stycznia 2016 roku w myśl Ustawy z dnia 22 lipca 2014 roku o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2014 r. poz. 1136) nadano pielęgniarkom uprawnienia do samodzielnego ordynowania niektórych leków oraz przedłużania recept na niektóre leki.

Cel

Celem badania była ocena stanu wiedzy pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych na temat metod oceny i zasad leczenia bólu.

Materiał i metody

Badanie przekrojowe przeprowadzono między 1 lutego a 30 kwietnia 2023 roku. W celu zebrania ankiet zastosowano metodę CAWI (ang. *computer-assisted web interviewing*). Badanie przeprowadzono zgodnie z Deklaracją helsińską. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych zmiennych ilościowych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany oraz odchylenia standardowego, a zmiennych jakościowych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech jakościowych do wykrycia istnienia zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi użyto testu χ^2 . Sprawdzenie normalności rozkładu zmiennych w badanych grupach wykonano za pomocą testu normalności Shapiro-Wilka. Do zbadania różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test Manna-Whitneya. Ocenę różnic pomiędzy trzema lub więcej grupami wykonano przy pomocy testu Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

Wyniki

Badaniem objęto grupę 124 pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych. Aż 95,16% ($n = 118$) stanowiły kobiety. Średnia (M) wieku w badanej grupie wynosiła 40,93 lat. Największą grupę stanowiły respondentki w wieku 46 lat i więcej (36,29%; $n = 45$), nieco mniej było badanych w wieku 36 – 45 lat (34,68%; $n = 43$), a najmniej było ankietowanych w wieku 35 lat i mniej (29,03%; $n = 36$). W większości badane pielęgniarki mieszkaly w dużym mieście (powyżej 100 tyś. mieszkańców) (40,32%; $n = 50$). Drugim najczęściej wskazywanym miejscem zamieszkania były rejony wiejskie (27,43%; $n = 34$). Pozostałe badane deklarowały, że mieszkaly w średnim mieście (23,39%; $n = 29$) lub małym mieście (8,87%; $n = 11$). 30,64% ($n = 38$) badanych pielęgniarek legitymowało się wykształceniem magisterskim pielęgniarskim, 29,61% ($n = 33$) posiadało wykształcenie licencjackie pielęgniarskie, a 28,22% ($n = 35$) było w trakcie studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo.

Biorąc pod uwagę charakterystykę zawodową badanych pielęgniarek, to aż 65,32% ($n = 81$) ukończyło w ramach kształcenia podyplomowego specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa, 43,55% ($n = 54$) ukończyło kurs kwalifikacyjny, 41,13% ($n = 51$) miało ukończony przynajmniej jeden kurs specjalistyczny, natomiast zaledwie 6,45% ($n = 8$) deklarowało ukończenie studiów podyplomowych. Średni staż pracy w zawodzie pielęgniarki badanej grupie wynosił $16,63 \pm 11,35$ lat, z czego najkrótszy staż pracy wynosił 1 rok, a najdłuższy 47 lat. Najwięcej respondentów deklarowało, że pracuje od 7 do 24 lat (43,55%; $n = 54$), następnie 25 lat i więcej (29,03%; $n = 36$), a najmniej ankietowanych pracowało 6 lat i mniej (27,42%; $n = 34$).

Tabela 1. Charakterystyka zawodowa badanych pielęgniarek (n = 124)

Zmienna		n	%
Wykształcenie podyplomowe*	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa	81	65,32
	Kurs kwalifikacyjny	54	43,55
	Kurs specjalistyczny	51	41,13
	Studia podyplomowe	8	6,45
Staż pracy	6 lat i mniej	34	27,42
	7 – 24 lat	54	43,55
	25 lat i więcej	36	29,03
Ilość lat pracy z pacjentem chorym onkologicznie	2 lata i mniej	39	31,45
	3 – 9 lat	43	34,68
	10 lat i więcej	42	33,87
Miejsce pracy	Oddział zabiegowy	39	31,45
	Oddział zachowawczy	85	68,55
Ilość miejsc pracy	Jedno miejsce pracy	78	62,90
	Dwa miejsca pracy	41	33,07
	Trzy miejsca pracy	5	4,03
Uczestnictwo respondentów w szkoleniach, których tematyką było postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne u chorych onkologicznych z bólem	Tak	59	47,58
	Nie	65	52,42

Zmienna		n	%
Kiedy ostatni raz ankietowany uczestniczył w szkoleniu na temat postępowania diagnostyczno-terapeutyczne u chorych onkologicznych z bólem	Ostatnie 6 miesięcy	16	12,90
	Ostatni rok	18	14,52
	Ostatnie 2 lata	14	11,29
	Ostatnie 5 lat	22	17,74
	Nigdy	54	43,55
Skąd ankietowany czerpie wiedzę na temat postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych onkologicznych z bólem*	Prasa branżowa	33	26,61
	Portale internetowe	60	48,39
	Książki	35	28,23
	Broszury informacyjne	23	18,55
	Artykuły naukowe	57	45,97
	Szkolenia wewnątrzoddziałowe	38	30,65
	Szkolenia organizowane przez firmy	21	26,94
	Od przełożonego	10	8,06
	Od współpracowników	39	31,45
	Od lekarzy	24	19,35
	Z konferencji	25	20,16
	Nie doszkałam się w tej tematyce	10	8,06

* respondent mógł wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Analiza statystyczna wykazała, że w przypadku ogólnego stanu wiedzy zmienną istotnie różnicującą badaną grupę była płeć. Kobiety miały istotnie wyższy poziom wiedzy ($M = 66,89$; $SD = 8,74$) w porównaniu z mężczyznami ($M = 60$; $SD = 4,71$) ($p = 0,017$). Pozostałe zmienne nie różnicowały istotnie badanej grupy (Tabela VIII).

Tabela 2. Wpływ zmiennych socjodemograficznych na ogólny stan wiedzy badanych na temat metod oceny i zasad leczenia bólu

Zmienna		M	SD	Wynik analizy
Płeć	Kobiety	66,89	8,74	Z = 154,5; p = 0,017
	Mężczyźni	60,0	4,71	
Wiek	35 lat i mniej	66,2	9,4	H = 0,321; p = 0,852
	36 – 45 lat	66,51	7,31	
	46 lat i więcej	66,89	9,52	
Miejsce zamieszkania	Duże miast	66,27	9,1	H = 1,226; p = 0,542
	Średnie i małe miasto	65,42	8,08	
	Wieś	68,33	8,81	

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Z: wynik testu U Manna-Whitney'a; H: wynik testu Kruskala-Wallisa; p: poziom istotność statystycznej;

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Biorąc pod uwagę stan wiedzy z zakresu metod oceny i zasad leczenia bólu w poszczególnych obszarach ocenianych za pomocą Kwestionariusz oceny stan wiedzy na temat postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych onkologicznych z bólem sierdzo, brak istotnych zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi socjodemograficznymi a stanem wiedzy w obszarze: Ocena kliniczna bólu, Patofizjologia bólu, Leczenie farmakologiczne bólu oraz Niefarmakologiczne metody leczenia bólu ($p > 0,05$).

Tabela 3. Wpływ zmiennych socjodemograficznych na stan wiedzy badanych pielęgniarek w podskali 1 – Ocena kliniczna bólu

Zmienna		M	SD	Wynik analizy
Płeć	Kobiety	67,12	18,4	Z = 328,5; p = 0,772
	Mężczyźni	70,0	16,73	
Wiek	35 lat i mniej	72,22	22,56	H = 3,107; p = 0,211
	36 – 45 lat	65,12	16,38	
	46 lat i więcej	65,33	15,61	
Miejsce zamieszkania	Duże miast	68,0	18,52	H = 4,084; p = 0,13
	Średnie i małe miasto	62,5	17,06	
	Wieś	71,76	18,5	

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Z: wynik testu U Manna-Whitney'a; H: wynik testu Kruskala-Wallisa; p: poziom istotność statystycznej;

Stwierdzono, że istotnie wyższy ogólny stan wiedzy na temat metod oceny i zasad leczenia bólu ($p = 0,007$) posiadały pielęgniarki, które nie ukończyły studiów podyplomowych ($M = 67,13$; $SD = 8,43$) w porównaniu z badanymi, które takie studia ukończyły ($M = 58,33$; $SD = 9,08$). Pozostałe zmienne związane z wykształceniem przed i podyplomowym nie różnicowały istotnie badanej grupy ($p > 0,05$).

Tabela 4. Wpływ zmiennych związanych z wykształceniem na ogólny stan wiedzy badanych na temat metod oceny i zasad leczenia bólu

Zmienna			M	SD	Wynik analizy
Wykształcenie przeddyplomowe	Wykształcenie średnie		63,08	9,67	H = 3,05; p = 0,218
	Wykształcenie licencjackie		67,45	8,12	
	Wykształcenie magisterskie		65,58	9,19	
Wykształcenie podyplomowe	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa	Tak	67,08	8,75	Z = -1,098; p = 0,272
		Nie	65,58	8,66	
	Kurs kwalifikacyjny	Tak	66,05	8,19	Z = 0,967; p = 0,333
		Nie	66,95	9,13	
	Kurs specjalistyczny	Tak	68,23	7,55	Z = -1,393; p = 0,163
		Nie	65,39	9,31	
	Studia podyplomowe	Tak	58,33	9,08	U = 209,5; p = 0,007
		Nie	67,13	8,43	

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Z i U: wynik testu U Manna-Whitney'a; H: wynik testu Kruskala-Wallisa; p: poziom istotność statystycznej;

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

W obszarze wiedzy na temat metod oceny i zasad leczenia bólu jakim był obszar Niefarmakologiczne metody leczenia bólu stwierdzono, że w badanej grupie pielęgniarek, istotnie wyższą wiedzę obserwowano u ankietowanych, które posiadały specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa (M = 66,17; SD = 14,37) w porównaniu z badanymi, które nie posiadały specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa (M = 59,53; SD = 11,12) (p = 0,012). Pozostałe zmienne związane z wykształceniem przed i podyplomowym nie różnicowały istotnie posiadanej wiedzy w obszarze Niefarmakologiczne metody leczenia bólu w badanej grupie pielęgniarek.

Tabela 5. Wpływ zmiennych związanych z wykształceniem na stan wiedzy badanych pielęgniarek w podskali 4 - Niefarmakologiczne metody leczenia bólu

Zmienna			M	SD	Wynik analizy
Wykształcenie przeddyplomowe	Wykształcenie średnie		61,54	12,81	H = 0,294; p = 0,863
	Wykształcenie licencjackie		64,22	14,31	
	Wykształcenie magisterskie		64,0	12,97	
Wykształcenie podyplomowe	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa	Tak	66,17	14,37	Z = -2,499; p = 0,012
		Nie	59,53	11,12	
	Kurs kwalifikacyjny	Tak	64,07	13,11	Z = -0,408; p = 0,683
		Nie	63,71	14,16	
	Kurs specjalistyczny	Tak	65,88	12,19	Z = -1,689; p = 0,091
		Nie	62,46	14,51	
	Studia podyplomowe	Tak	60,0	15,12	U = 402; p = 0,538
		Nie	64,14	13,58	

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Z: wynik testu U Manna-Whitney'a; H: wynik testu Kruskala-Wallisa; p: poziom istotność statystycznej;

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Dyskusja

Występowanie bólu u pacjentów onkologicznych jest czynnikiem, który zwiększa cierpienie, niepokój oraz powoduje, że pacjent jest bardziej zależny od innych osób, co w konsekwencji wpływa negatywnie na jego jakość życia [12]. Pielęgniarka jako członek zespołu terapeutycznego odgrywa istotną rolę w terapii mającej na celu łagodzenie bólu poprzez ocenę bólu, podawanie leków i modyfikowanie dawek leków, niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu oraz ocenę skuteczności podejmowanych działań. W związku z powyższym, pielęgniarki, zwłaszcza opiekujące się pacjentem chorym na nowotwór, powinny posiadać szeroką wiedzę w tym zakresie, co zapewni skuteczną, zindywidualizowaną i holistyczną opiekę nad pacjentem. Wiedza, doświadczenie, przestrzeganie procedur i standardów postępowania, czyli to czym powinna odznaczać się pielęgniarka pracująca z pacjentem onkologicznym, daje szansę pacjentowi na wyjście z zamkniętego kręgu dolegliwości bólowych przez co z pewnością poprawia się jego jakość życia. Oprócz tego, pielęgniarki powinny posiadać wiedzę z zakresu działań niepożądanych leczenia przeciwbólowego, po to, aby szybko zareagować w przypadku ich wystąpienia [13]. Celem podjętych badań była ocena stanu wiedzy pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych na temat metod oceny i zasad leczenia bólu. Żeby osiągnąć cel, zaprojektowano narzędzie badawcze, które miała za zadanie ocenić stan wiedzy na temat postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych onkologicznych z bólem. Dzięki zastosowaniu narzędzia własnego autorstwa, udało się ocenić ogólny stan wiedzy oraz stan wiedzy w czterech obszarach: Ocena kliniczna bólu, Patofizjologia bólu, Leczenie farmakologiczne bólu oraz Niefarmakologiczne metody leczenia bólu.

Wyniki badań własnych wskazują, że zdecydowana większość pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych posiadała dostateczny ogólny stan wiedzy z zakresu metod oceny i zasad leczenia bólu, co nie potwierdziło głównej hipotezy badania, w której założono, że ankietowane będą odznaczały się dobrą wiedzą w tym zakresie.

W badanej grupie pielęgniarek, najwyższy stan wiedzy zaobserwowano w obszarze Leczenie farmakologiczne bólu, następnie w obszarze Ocena kliniczna bólu, a najniższy w obszarze Patofizjologia bólu. Tym samym nie potwierdzono hipotezy pierwszej. Przegląd systematyczny wykonany przez Bouya i wsp. do którego włączono 12 badań i obejmujący grupę 3574 pielęgniarek, opublikowanych w latach 2000-2018 wykazał, że większość pielęgniarek odznaczało się niskim lub umiarkowanym stanem wiedzy na temat zarządzania bólem u pacjentów onkologicznych [14]. Wrona i wsp. ocenili poziom wiedzy pielęgniarek w zakresie leczenia przeciwbólowego u chorych na nowotwory w grupie 74 pielęgniarek, podzielonych na dwie grupy: pielęgniarki onkologiczne i pielęgniarki nieonkologiczne [13]. Autorzy stwierdzili, że poziom wiedzy badanych pielęgniarek był zadawalający, szczególnie w zakresie znajomości zaleceń WHO i działań niepożądanych leków opioidowych. Chojnacka i wsp. przeprowadzili ocenę stanu wiedzy z zakresu terapii bólu w grupie 48 pielęgniarek pracujących na Oddziale

Klinicznym Nefrologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych w Toruniu [15]. Ich wyniki badań wskazują, 39,6% ankietowanych prawidłowo definiuje ból, 50% badanych prowadzi kartę monitorowania bólu, 35,7% najczęściej do oceny bólu używa skali numerycznej, 26,4% badanych pielęgniarek wskazało, że indywidualne dobieranie dawek leków to najważniejsza zasada leczenia bólu, a 45,8% respondentów potrafi scharakteryzować leki I szerebła drabiny analgetycznej. Jednocześnie, badania Łukasik i wsp. przeprowadzone wśród 78 pacjentów leczonych z powodu nowotworu w Oddziale Onkologicznym BCO-SM w Bielsku-Białej wskazują na dużą rolę pielęgniarki w leczeniu bólu, postrzeganą przez pacjentów [16]. W cytowanych badaniach, ankietowani pacjenci wskazywali najczęściej, że w sytuacji wystąpienia bólu reakcja pielęgniarek była natychmiastowa, pielęgniarki reagowały ze zrozumieniem na dolegliwości zgłaszane przez pacjenta oraz podawały leki przeciwbólowe w wyznaczonych godzinach. Niestety, ze względu na używanie różnych narzędzi w badaniach do oceny stanu wiedzy z zakresu metod oceny i terapii bólu trudno jest porównać wyniki badań własnych z wynikami innych autorów. W badaniach własnych zastosowano skalę, przypominającą narzędzie standaryzowane, w którym poprzez uzyskanie oceny z kilku pytań możliwa była ocena ogólnego poziomu wiedzy oraz w poszczególnych obszarach. Większość publikowanych badań ocenia stan wiedzy pielęgniarek na podstawie pojedynczych pytań, dlatego też wyniki mogą się różnić pomiędzy poszczególnymi badaniami. W związku z tym, potrzebne są ogólnopolskie badanie których celem będzie ocena stanu wiedzy pielęgniarek na temat bólu i metod terapii bólu u pacjentów onkologicznych, przy użyciu specjalnie dla tego celu opracowanego narzędzia na podstawie wytycznych leczenia bólu nowotworowego. Analiza takich wyników takich badań da wgląd w stan wiedzy pielęgniarek oraz wyznaczy braki w wiedzy na podstawie czego, możliwa będzie zmiana programów kształcenia tak, aby wiedza pielęgniarek była na najwyższym poziomie co przełoży się na jakość opieki nad pacjentem.

Przeprowadzone badania własne wykazały, że spośród analizowanych zmiennych socjodemograficznych, jedynie płeć wpływała na ogólny stan wiedzy badanych na temat metod oceny i zasad leczenia bólu. Kobiety charakteryzowały się istotnie wyższym stanem wiedzy niż mężczyźni. Pozostałe zmienne nie wpływały istotnie na stan wiedzy. Tym samym nie potwierdzono hipotezy drugiej, która zakładała, że zmiennymi socjodemograficznymi istotnie wpływającymi na stan wiedzy badanych pielęgniarek będzie starszy wiek i mieszkanie w mieście.

Biorąc pod uwagę zmienne związane z wykształceniem nie zaobserwowano w badanej grupie, aby wykształcenie przed dyplomowe różnicowała istotnie badanej grupy. Natomiast w przypadku wykształcenia podyplomowego, zaobserwowano, że respondentów, którzy posiadali specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa miały istotnie wyższy poziom wiedzy w obszarze Niefarmakologiczne metody leczenia bólu oraz badani, którzy nie ukończyli studiów podyplomowych mieli istotnie wyższy ogólny stan wiedzy na temat metod oceny i zasad leczenia bólu. Tym samym, tylko częściowo potwierdzono hipotezę trzecią. Ciekawe wyniki oceny stanu wiedzy i barier w leczeniu bólu ocenia-

nych w grupie pielęgniarek w Polsce opublikowała Mędrzecka-Dąbrowska i wsp. Cytowane badania przeprowadzono w grupie 1602 pielęgniarek pracujących w 17 losowo wybranych szpitalach [17]. Wyniki badań wskazują, że wiedza z zakresu zarządzania bólem oparta na dowodach naukowych oraz znajomość aktualnych praktyk związanych z oceną i leczeniem bólu rośnie wraz z wykształceniem respondentów. Jakkolwiek, w badaniach Chojnackiej i wsp. nie zaobserwowano istotnego wpływu wykształcenia na stan wiedzy z zakresu metod oceny i terapii bólu [15]. Uzyskane wyniki badań własnych i wyniki badań cytowanych powyżej przeprowadzonych na dużej grupie pacjentów mogą się różnić pomiędzy sobą chociażby ze względu na różnicę w liczności badanej grupy respondentów.

Podsumowując przeprowadzone badania należy stwierdzić, że stan wiedzy badanych pielęgniarek jest niewystarczający w zakresie metod oceny i leczenia bólu u pacjentów onkologicznych. Pomimo istnienia legislacji prawnej potrzebne są szkolenia zakrojone na szeroką skalę, których celem będzie wyposażenie pielęgniarek w wiedzę z zakresu metod oceny i leczenia bólu. Bardzo istotnymi są także rozważania na temat barier, które uniemożliwiają stosowanie praktyk z zakresu medycyny opartej na dowodach w leczeniu bólu, jednak temat ten wykracza poza ramy tej pracy magisterskiej. Warto natomiast przytoczyć wyniki badań Mędrzyckiej-Dąbrowskiej i wsp. w których zapytano polskie pielęgniarki o bariery w stosowaniu metod opartych na dowodach w celu leczenia bólu [18]. Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że głównymi barierami wskazywanymi przez pielęgniarki było: brak fachowej literatury w tym zakresie w języku polskim, nieznajomość języka angielskiego, brak czasu na pogłębianie wiedzy oraz brak takiego obowiązku w miejscu pracy. Dlatego też, autorzy cytowanej publikacji, jak i autorka pracy magisterskiej postulują, aby szkolenia dla polskich pielęgniarek w zakresie metod oceny i leczenia bólu miały charakter systemowy, obowiązkowy oraz odbywały się w godzinach pracy. Natomiast treści przekazywane podczas takich szkoleń powinny dotyczyć najnowocześniejszej wiedzy medycznej, opartej na dowodach naukowych.

Wnioski

Biorąc pod uwagę powyższe przemyślenia, wyniki badań stanowią one cenny głos w sprawie zarządzania bólem u pacjentów onkologicznych oraz mogą posłużyć jako wskazówka w projektowaniu kursów i szkoleń dla personelu zieleniarskiego których tematyką będzie zarządzanie bólem.

Na podstawie przeprowadzonych wyników badań oraz po przeanalizowaniu ich używając metod statystycznych postawiono następujące wnioski:

1. W badanej grupie pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych stwierdzono, że prawie 76% respondentów miało dostateczny stan wiedzy na temat metod oceny i zasad leczenia bólu, ponad 18% miało dobry stan wiedzy, a prawie 6% - niedostateczny.

2. W ocenie stanu wiedzy na temat metod oceny i zasad leczenia bólu w poszczególnych obszarach stwierdzono, że badane pielęgniarki miały najwyższy poziom wiedzy w obszarze Leczenie farmakologiczne bólu, a następnie w obszarze Ocena kliniczna bólu. Trochę niższy stan wiedzy odnotowano w obszarze Niefarmakologiczne metody leczenia bólu, natomiast najniższy stan wiedzy był w obszarze Patofizjologia bólu.
3. Cechą socjodemograficzną istotnie różnicującą badaną grupę w poziomie wiedzy na temat metod oceny i zasad leczenia bólu była płeć. Istotnie wyższy ogólny stan wiedzy posiadały kobiety. Pozostałe analizowane cechy socjodemograficzne nie różnicowały istotnie badanej grupy pielęgniarek w zakresie ogólnego poziomu wiedzy jak i w poszczególnych obszarach.
4. Na podstawie przeprowadzonych wyników badań stwierdzono, że istotnie wyższy ogólny stan wiedzy na temat metod oceny i zasad leczenia bólu posiadały pielęgniarki, które nie ukończyły studiów podyplomowych, a w obszarze Niefarmakologiczne metody leczenia bólu istotnie wyższy poziom wiedzy posiadały pielęgniarki legitymujące się specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa. Pozostałe zmienne związane z wykształceniem przed i podyplomowym nie różnicowały istotnie stanu wiedzy w badanej grupie pielęgniarek onkologicznych.
5. Stwierdzono, że uczestnictwo w szkoleniach na temat postępowania diagnostyczno-terapeutyczne u chorych onkologicznych z bólem oraz czas jaki minął od ostatniego szkolenia na ten temat nie różnicował istotnie stanu wiedzy badanych pielęgniarek na temat metod oceny i zasad leczenia bólu.
6. W ocenie stanu wiedzy na temat metod oceny i zasad leczenia bólu w badanej grupie pielęgniarek stwierdzono, że spośród zmiennych związanych z wykonywaną pracą jedynie staż pracy istotnie różnicował badaną grupę w obszarze Niefarmakologiczne metody leczenia bólu. Wyższy poziom wiedzy w tym obszarze zaobserwowano w grupie pielęgniarek, które pracowały 25 lat i więcej w porównaniu do badanych pracujących między 7 a 24 lata. Pozostałe zmienne związane z wykonywaną pracą nie różnicowały istotnie badanej grupy pielęgniarek onkologicznych.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej.

1. Stan wiedzy pielęgniarek na temat metod oceny i zasad leczenia bólu jest na niewystarczającym poziomie, o czym świadczą wyniki badań własnych jak i wyniki publikowane przez innych autorów. Dlatego też w programach kształcenia przed i podyplomowego konieczne jest poruszanie tej tematyki. Odpowiednio przygotowana pielęgniarka będzie w sposób prawidłowy zarządzała bólem u pacjentów onkologicznych.

2. Ponieważ dowody naukowe na temat skutecznych metod zarządzania bólem potwierdzonych badaniami naukowymi są stale publikowane w literaturze, a dostępne leki przeciwbólowe zmieniają się, niezbędne jest prowadzenie systematycznych szkoleń w tym zakresie np. szkoleń wewnątrz oddziałowych czy szkoleń wewnątrzszpitalnych.
3. Ze względu na wybiórcze wyniki badań dotyczące znajomości metod oceny i zasad leczenia bólu potrzebne są ogólnopolskie badania oceniające stan wiedzy personelu medycznego w tym zakresie (lekarzy, pielęgniarek i położnych) które posłużą jako punkt wyjścia w projektowaniu programów szkoleniowych.

Bibliografia/Bibliography:

1. Breivik H., Cherny N., Collett B., de Conno F., Filbet M., Foubert AJ., Cohen R., Dow L. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann. Oncol.* 2009;20(8):1420-1433.
2. Zarzycka D., Ślusarska B. (red.) Podręcznik diagnoz pielęgniarskich: przewodnik planowania opieki opartej na dowodach naukowych. GC Media House, Warszawa 2011.
3. Kocot-Kępska M., Zajaczkowska R., Dobrogowski J., Przyklasa-Muszałik A. Ból przewlekły – koncepcja leczenia w oparciu o mechanizm powstawania. *Ból* 2018;19(1):42-49.
4. International Association for the Study of Pain (IASP). Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. *Pain Suppl.* 1986;3:S1-S226.
5. Wróbel K., Rutkowska M., Rogowska M., Ustymowicz J., Łagoda K., Sierżantowicz R. Monitorowania i terapii bólu przewlekłego w chorobie nowotworowej. [W:] Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C. (red.). *W drodze do brzegu życia. Tom 7. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*, Białystok 2009: 261-271
6. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol.* 2007;18(9):1437-1449.
7. Sugajska A. Leczenie bólu przebiegającego z zastosowaniem preparatów fentanylu przez słówkowego u pacjentki z rozpoznaniem raka dróg wewnątrzwartrobowych. *Paliat. Med. Pract.* 2020;14(Supl.1):39-42.
8. Polskie Towarzystwo Badania Bólu. Stanowisko PTBB dotyczące skal oceny nasilenia bólu. Dostęp: <https://ptbb.pl/zasoby/pobierz-pliki> (213.01.2022).
9. Wypyszewski J., Kopańska Z., Kulesa-Morawiecka M., Rowiński J., Furmaniak F., Tabak J., Kieczkop Radzikowska K., Liniarska M. Kliniczna ocena bólu. *Journal of Clinical Healthcare Polskie Towarzystwo Badania Bólu. Stanowisko PTBB dotyczące skal oceny nasilenia bólu.* 2018;2:6-15.
10. Misterska E., Jankowski R., Glowacki M. Quebec Back Pain Disability Scale, Low Back Outcome Score and revised Oswestry low back pain disability scale for patients with low back pain due to degenerative disc disease: evaluation of Polish versions. *Spine* 2011;36(26): E1722-1729.
11. Zielińska M., Bartkowska-Śniatkowska A., Mierzewska-Schmidt Magdalena., Cettler M., Kobylarz K., Rawicz M., Piotrowski A. Stanowisko Sekcji Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzie-

- cięcej Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii w sprawie znieczulania dzieci powyżej 3. roku życia. Część I – założenia ogólne. *Anest. Intens. Ter.* 2016;48(2):78-85.
12. Jałtuszevska S., Basiński A., Majkowicz M. Dolegliwości bólowe a jakość życia i zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską pacjentów z chorobą nowotworową. *Ból* 2010;11:7-12.
 13. Wrona B., Janecki M., Fimiarz A. Wiedza pielęgniarek na temat aktualnych wytycznych leczenia bólu w chorobach nowotworowych. *Medycyna Paliatywna* 2014;6(4):208-2014.
 14. Bouya S., Balouchi A., Maleknejad A., Koochakzai M., AlKhasawneh E., Abdollahimohammad A. Cancer pain management among oncology nurses: knowledge, attitude, related factors, and clinical recommendations: a systematic review. *J Cancer Educ.* 2019;34(5):839-846.
 15. Chojnacka B., Chojnacka-Kowalewska G. Wiedza pielęgniarek pracujących w oddziałach internistycznych na temat terapii bólu w chorobach nowotworowych. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2019; 4(4): 9-29.
 16. Łukasik R., Kaleta A., Waksmańska W. Rola pielęgniarki w zwalczaniu bólu nowotworowego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2017;25(2):96-102.
 17. Mędrzycka-Dąbrowska W., Dąbrowski S., Gutysz-Wojnicka A., Basiński A., Kwiecień-Jaguś K. Nurses' knowledge and barriers regarding pain management. *Journal of Perianesthesia Nursing* , 2018;33(5):715–726.
 18. Mędrzycka-Dąbrowska W., Dąbrowski S., Gutysz-Wojnicka A., Basiński, A. Polish nurses' perceived barriers in using evidence-based practice in pain management. *International Nursing Review*, 2016;63(3):316–327.

Imię i nazwisko autora do korespondencji:

PATRYCJA DACHNOWSKA
dachnowskap1n@onet.pl

MARIUSZ SUTRYK
mariusz.sutryk@wsei.lublin.pl

Wydział Nauk o Człowieku, Lubelska Akademia WSEI;
ul. Projektowa 4, 20-209 Lublin

Konflikt interesów: Nie
Finansowanie: Nie

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy:

mgr KATARZYNA SOSNOWSKA: A, B, C, D

dr n. o zdr. ZBIGNIEW ORZEŁ: A, G, F

PATRYCJA DACHNOWSKA: C, D

mgr piel. MARIUSZ SUTRYK: D, E

dr n. o zdr. EWA GUZ: F

mgr piel. JULIA BYWALEC: F

mgr piel. OLGA SMOLIŃSKA: E, 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: 30.06.2025

Data akceptacji: 14.07.2025