

Dr n. med. Monika Borek<sup>1,2</sup>,

Piel. licencj. Agata Szurlej<sup>1</sup>,

Dr n. med. Dorota Maciag<sup>1,2</sup>,

Dr n. o zdr. Małgorzata Cichońska<sup>1,2</sup>

*<sup>1</sup>Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim (Department of Nursing, Faculty of Pedagogy and Health Sciences, College of Business and Entrepreneurship in Ostrowiec Świętokrzyski)*

*<sup>2</sup> Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Koło PTP przy ZOZ Ostrowiec Świętokrzyski (Polish Nursing Association PTP, Branch at Ostrowiec Świętokrzyski ZOZ)*

## **Ocena bólu pooperacyjnego jako element monitorowania stanu chorego po zabiegu operacyjnym**

---

### **Streszczenie**

#### **Wstęp**

Ból jest odczuciem bardzo powszechnym i towarzyszy ludzkości od momentu narodzin do śmierci. Szczególnym rodzajem bólu jest ból pooperacyjny, który ma charakter ostry i jest związany ze śródoperacyjnym przerwaniem ciągłości tkanek, narządów.

Uzależniony jest on od rodzaju operacji, czasu trwania, rozległości oraz stopnia traumatyzacji tkanek. Nieprawidłowo leczony ból jest przyczyną wielu powikłań pooperacyjnych, wydłuża okres pobytu pacjenta w szpitalu, a tym samym powrotu do zdrowia obniża jakość jego życia. Prawidłowe leczenie bólu po operacji jest zadaniem interdyscyplinarnym i wymaga dobrej współpracy całego personelu medycznego. Szczególną rolę odgrywają pielęgniarki, ponieważ spędzają przy chorym najwięcej czasu i mają możliwość jego wnikliwej obserwacji. To właśnie one identyfikują pacjenta cierpiącego z powodu bólu, systematycznie oceniają nasilenie bólu za pomocą dostępnych skal do pomiaru bólu, jak również podejmują działania zmierzające do likwidowania bólu.

#### **Cel pracy**

Określenie natężenia bólu pooperacyjnego u pacjentów jako istotnego elementu monitorowania stanu chorego.

## Material i metody

Badanie przeprowadzono wśród 100 pacjentów oddziałów zabiegowych. Jako narzędzie badawcze zastosowano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji oraz skalę VAS.

## Wyniki

Większość badanych stanowiły kobiety (59%). Na natężenie bólu pooperacyjnego wpływa nie tylko sam zabieg, ale również rodzaj znieczulenia, występowanie chorób współistniejących czy wcześniejsze doświadczenia związane z bólem. Największe nasilenie bólu występuje w I i II dobie po zabiegu operacyjnym i wymaga umiarkowanej, częstej potrzeby podania leku przeciwbólowego. Regularna ocena stopnia natężenia bólu jest bardzo ważnym elementem oceny skuteczności terapii przeciwbólowej. Skuteczne uśmierzanie bólu pooperacyjnego jest integralną częścią leczenia.

## Wnioski

1. Wśród badanej populacji 100% badanych odczuwało ból po operacji.
2. Istotną rolę w odczuwaniu bólu odgrywają poprzednie doświadczenia bólowe oraz poziom lęku związany z proponowanym postępowaniem operacyjnym.
3. Ważnym elementem opieki pielęgniarskiej jest regularna ocena stopnia nasilenia bólu po operacjach.
4. Bardzo skuteczne w walce z bólem są odpowiednie działania pielęgniarskie, takie jak zastosowanie udogodnień, czy rozmowa z chorym.

**Słowa kluczowe:** pacjent, ból pooperacyjny, opieka pielęgniarska.

## **Postoperative pain assessment as an element of patient's condition monitoring after surgery**

---

### **Abstract**

#### Introduction

Pain is a very common feeling and accompanies mankind from birth to death. A particular type of pain is the postoperative one, which is acute and is associated with intra-operative discontinuation of tissue and organs. It depends on the type of surgery, duration, extent and degree of traumatization of tissues. Incorrectly treated pain causes many postoperative complications, prolongs the patient's stay in the hospital, and thus the recovery, decreases the quality of their life. Correct treatment of postoperative pain is an interdisciplinary task and requires good cooperation of all medical staff. Nurses play a special role because they spend

the most time with the sick and have the opportunity to observe them with great care. It is them who identify the patient suffering from pain, systematically assess the severity of pain using available pain scales, and take steps to eliminate pain.

#### Aim

The aim of the research was determination of the role of postoperative pain monitoring as an element of patient's condition assessment.

#### Material and methods

The study was conducted among 100 patients in the surgical ward. A survey questionnaire was used as a research tool and scale VAS.

#### Conclusions

1. In the studied population, 100% of the patients experienced postoperative pain.
2. Prior experience of pain and level of anxiety associated with the proposed surgical procedure play a role in the perception of pain.
3. An important element of nursing care is the regular assessment of the severity of pain after surgery.
4. Very effective in the fight against pain are appropriate nursing activities, such as the use of facilities or talking to the sick.

**Key words:** patient, postoperative pain, nursing care.

#### **Wstęp**

Ból jest odczuciem bardzo powszechnym i towarzyszy ludzkości od momentu narodzin do śmierci. Jest trudnym doświadczeniem, odbieranym subiektywnie i zmiennym indywidualnie.[1,2]

Ból związany jest zarówno z działaniem uszkodzającego bodźca, jak i spostrzeżeniem powstającym na podstawie psychicznej interpretacji zachodzących zjawisk.[3]

Ból i jego odczuwanie jest wynikiem interakcji kilku składowych, które mają znaczenie w jego doświadczeniu u pacjenta:

- składowa czuciowo – dyskryminacyjna – odpowiada odczuciom pacjenta, odwołuje się do doświadczeń przeżytych, służących jako punkt odniesienia (siła i lokalizacja bólu, czas występowania, czynniki łagodzące lub pogarszające odczucie bólu)
- składowa uczuciowa i emocjonalna – odpowiada ona temu, w jaki sposób pacjent odczuwa ból (przykry, nieprzyjemny, porażający, krępujący itp.)

- składowa poznawcza – odpowiada miejscu jakie pacjent przypisuje bólowi w swoim życiu
- składowa związana z zachowaniem – odpowiada sposobom w jakich pacjent wyraża swój ból; na to zachowanie składają się reakcje ruchowe, słowne, niewerbalne, świadome lub nie, oraz reakcje wegetatywne [4]
- wcześniejsze doświadczenia związane z bólem.

Ból pooperacyjny wywołany chirurgicznym uszkodzeniem tkanek pojawia się wtedy, gdy przestaje działać śródoperacyjna analgezja. Jest rodzajem bólu ostrego, który największe natężenie ma w pierwszej dobie i zmniejsza się w kolejnych dniach po operacji. Uzależniony jest od rodzaju operacji, czasu trwania, rozległości oraz stopnia traumatyzacji tkanek. [5]

Nieprawidłowo leczony ból jest przyczyną wielu powikłań pooperacyjnych, wydłuża okres pobytu pacjenta w szpitalu, a tym samym powrotu do zdrowia, obniża jakość jego życia.[6]

W 1995 roku Amerykańskie Towarzystwo Badania Bólu uznało ból jako piąty parametr życiowy - „Ocena bólu powinna być dokonywana tak samo jak ocena ciśnienia tętniczego, tętna, oddechów i saturacji i tylko wtedy można go prawidłowo leczyć”.[7]

Zmierzenie bólu i zapisanie wartości pomiaru sprawia, że ból staje się „widoczny” dla lekarza i pielęgniarki.[7]

„Parametry życiowe bierze się poważnie pod uwagę. Gdyby oceniać ból z takim samym zapalem jak w przypadku innych parametrów życiowych, byłoby o wiele większe prawdopodobieństwo, że będzie on prawidłowo leczony. Jakość opieki polega na tym, by ból mierzyć i leczyć”.[8]

Prawidłowe leczenie bólu po operacji jest zadaniem interdyscyplinarnym i wymaga dobrej współpracy całego personelu medycznego. Szczególną rolę odgrywają pielęgniarki, ponieważ spędzają przy chorym najwięcej czasu i mają możliwość wnikliwej jego obserwacji. To właśnie one identyfikują pacjenta cierpiącego z powodu bólu, systematycznie oceniają nasilenie bólu za pomocą dostępnych skal do pomiaru bólu, jak również podejmują działania zmierzające do likwidowania bólu.[8]

Oceniając ból pooperacyjny u pacjenta, należy wziąć pod uwagę złożoność percepcji bólu oraz wpływ czynników psychologicznych.[9] Najbardziej adekwatna ocena nasilenia dolegliwości bólowych jest dokonywana przez samego pacjenta i powinno się ją stosować w każdym z możliwych przypadków.[10]

Ból wpływa też na psychikę chorego, obniżając jego samopoczucie, wywołując niepokój, lęk, bezradność, żal, a nawet wrogość. Każda z tych reakcji jest cechą indywidualną.[11]

W celu oceny nasilenia bólu przeprowadza się badanie natężenia bólu, które ma na celu postawienie właściwej diagnozy, zaplanowanie odpowiedniego postępowania terapeutycznego i zaproponowanie pacjentowi najkorzystniejszych metod radzenia sobie z bólem. Aby dobrze leczyć ból, należy uwzględnić jego wielowymiarowość, co pozwala na opracowanie – razem z pacjentem – wspólnej strategii terapeutycznej.

Do oceny stopnia natężenia bólu stosuje się wiele prostych metod, w których decydujące znaczenie ma wypowiedź chorego, przedstawiana za pomocą oznaczeń na odpowiedniej skali. Służą one ustaleniu stopnia natężenia bólu pooperacyjnego oraz zastosowanych metod terapeutycznych. Najczęściej stosowane są skale w oparciu o słowa – skale słowne, liczby – skale numeryczne, linia – skala wzrokowo – analogowa, obrazki – skale dla dzieci.[5]

Wyróżniamy następujące skale oceny natężenia bólu:

- Skala numeryczna (NRS – Numerical Rating Scale)
- Skala wizualno-analogowa (VAS – Visual Analogue Scale)
- Skala słowna VRS (Verbal Rating Scale)
- Skala Wonga-Bakera (Wong-Baker FACES Pain Rating Scale)
- Skala wpływu (bólu) na zachowanie (Behavior Rating Scale)
- Kwestionariusz bólu McGill (MPQ-McGill Pain Questionnaire) [12]

Najbardziej przydatna klinicznie ocena natężenia bólu oparta jest o skalę NRS lub VAS.[5]

Terapia bólu pooperacyjnego powinna uwzględniać specyfikę przeprowadzonego zabiegu operacyjnego oraz rodzaj i rozległość zabiegu, który przyporządkowany jest do jednej z czterech kategorii:

- **Kategoria I** to zabiegi operacyjne połączone z niewielkim urazem tkanek. Prognozowany poziom natężenia bólu w okresie pooperacyjnym jest mniejszy od 4 pkt. wg skali NRS lub VAS, a czas trwania dolegliwości bólowych w tym okresie jest zazwyczaj krótszy niż 3 dni.[13]
- **Kategoria II** to zabiegi połączone z miernym urazem tkanek. Spodziewany poziom natężenia bólu pooperacyjnego wynosi więcej niż 4 pkt. wg skali NRS lub VAS i czas trwania dolegliwości bólowych jest krótszy niż 3 dni.[14]

- **Kategoria III** to zabiegi operacyjne połączone ze znacznym urazem tkanek, przy czym czas trwania dolegliwości jest dłuższy niż 3 dni. W postępowaniu przeciwbólowym stosuje się zasadę standardowego stosowania analgezji multimodalnej.
- **Kategoria IV** to zabiegi operacyjne połączone z rozległym urazem tkanek. Są to operacje dotyczące jednocześnie więcej niż jednej jamy ciała oraz zabiegi rekonstrukcyjne po znacznych urazach. Spodziewany poziom natężenia bólu w okresie pooperacyjnym wynosi  $> 6$  pkt. wg VAS lub NRS, a czas trwania dolegliwości bólowych w okresie pooperacyjnym jest dłuższy niż 7 dni, np.:
  - wycięcie przełyku przez torakolaparotomię
  - operacje rekonstrukcyjne w urazach wielonarządowych z otwarciem dwóch jam ciała.[5]

### **Cel pracy**

Określenie natężenia bólu pooperacyjnego u pacjentów jako istotnego elementu monitorowania stanu chorego.

### **Material i metody**

Badania przeprowadzono w okresie trzech miesięcy w jednym ze szpitali województwa podkarpackiego wśród 100 pacjentów przebywających na oddziałach: chirurgii, ortopedii i kardiochirurgii.

Jako narzędzie badawcze zastosowano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Kwestionariusz składał się z dwóch części. Pierwsza część pytań - pytania metryczkowe - dotyczyły: wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia oraz statusu zawodowego. Druga część pytań – pytania tematyczne - dotyczyły badanego problemu, zostały opracowane samodzielnie na podstawie zgromadzonej literatury. Natężenie bólu u pacjentów określone zostało przy użyciu skali wzrokowo-analogowej VAS (Visual Analogue Scale). Skala miała postać linijki o długości 10 cm. Pacjent wskazywał nasilenie bólu od 0 – zupełny brak bólu do 10 – najsilniejszy wyobrażalny ból.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę menagerów zakładów opieki zdrowotnej, w których hospitalizowani byli pacjenci. Udział pacjentów w badaniu był dobrowolny, ankieta anonimowa, a respondenci zostali poinformowani o celowości i sposobie wypełniania. Procedura badań była zgodna z wymaganiami Deklaracji Helsińskiej.

## **Wyniki badań**

Największą grupę pacjentów (60%) biorących udział w badaniu stanowiły osoby powyżej 60. roku życia (24%), natomiast najmniej liczna grupa to badani w wieku między 18 a 20 lat (tylko 6%). Liczniejszą grupę badanych stanowią mieszkańcy miasta - 55%, pozostałe 45% to badani mieszkający na wsi. Duża grupa badanych posiadała wcześniejsze doświadczenia dotyczące postępowania z bólem pooperacyjnym, gdyż wśród badanych pacjentów 62% podało, że byli już wcześniej operowani, pozostali ankietowani nigdy wcześniej nie mieli wykonywanych zabiegów operacyjnych.

Charakter bólu często zależny jest od lokalizacji, rodzaju i rozległości uszkodzonych tkanek. Ankietowani byli leczeni w trzech działach szpitalnych, a więc i miejsce wykonania zabiegu było zależne od jednostki chorobowej.

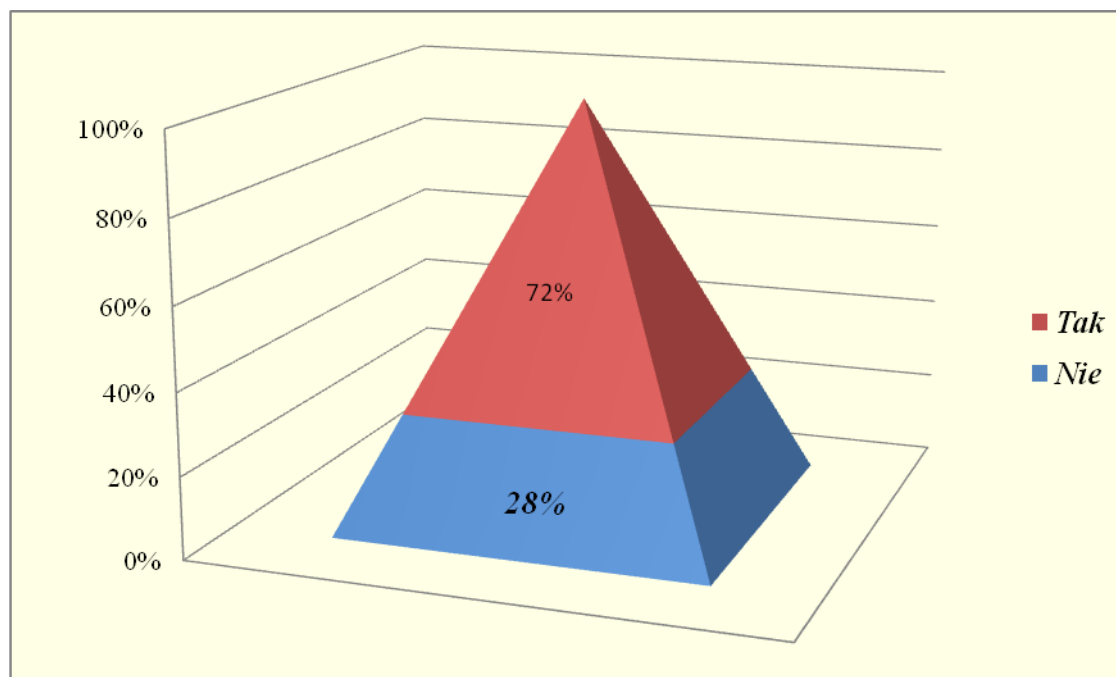
W analizie badawczej udział wzięło 51% pacjentów leczonych w oddziale chirurgicznym, 38% pacjentów leczonych w oddziale ortopedycznym oraz 11% pacjentów z oddziału kardiochirurgicznego. Najwięcej, bo 52% pacjentów przebyło operacje chirurgiczne. Najliczniejszą grupę stanowili chorzy po usunięciu pęcherzyka żółciowego oraz po operacji przepukliny pachwinowej. Spośród badanych 37 pacjentów przebyło operacje ortopedyczne, a największą wśród nich grupę stanowili pacjenci po operacjach endoprotezy stawu kolanowego – 10 oraz endoprotezy stawu biodrowego – 8 osób. Na oddziale kardiochirurgicznym przeprowadzono badanie wśród 11 pacjentów, którzy przebyli operacje wszczepienia by – passów.

Innym analizowanym czynnikiem wpływającym na odczuwanie bólu po operacji jest metoda, jaką wykonywany był zabieg operacyjny. Metoda tradycyjna jest bardziej inwazyjna w porównaniu do metody laparoskopowej, która daje mniejszy uraz operacyjny, wiąże się z mniejszym cierpieniem po operacji i krótszą rekonwalescencją.

Zdecydowana większość, bo 75% pacjentów operowanych było metodą klasyczną, co warunkowane było specyfiką zabiegów operacyjnych, a tylko 25% ankietowanych operowanych było metodą laparoskopową. Byli to głównie pacjenci operowani z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego.

Poziom lęku związany z postępowaniem operacyjnym ma duży wpływ na stopień odczuwania bólu przez pacjentów. Udzielanie wyczerpujących informacji przed operacją, uświadomienie pacjenta o czekających go dolegliwościach bólowych daje pozytywne efekty w zwalczaniu bólu pooperacyjnego i pozytywnie wpływa na formułowanie przez pacjentów oceny dotyczącej dolegliwości bólowych.

W badanej grupie 72% podaje, że zostało poinformowanych o sposobie leczenia bólu jaki będzie u nich zastosowany po operacji. Pozostali badani nie uzyskali informacji na temat leczenia przeciwbólowego jakie może być u nich zastosowane po zabiegu (Ryc. 1).



Ryc. 1. Wpływ edukacji przedoperacyjnej dotyczącej bólu i jego leczenia na sposób odczuwania i tolerancję bólu.

Pacjenci postrzegają ból jako jeden z najbardziej przykrych i uciążliwych aspektów poddania się zabiegowi operacyjnemu. W badaniu zapytano pacjentów, czy odczuwany ból po operacji był silniejszy niż się spodziewali.

Z analizy wynika, że niewiele ponad połowę ankietowanych nie odczuwało większego bólu po operacji, niż się spodziewało przed zabiegiem. U pozostałych 49% ból był intensywniejszy od spodziewanego.

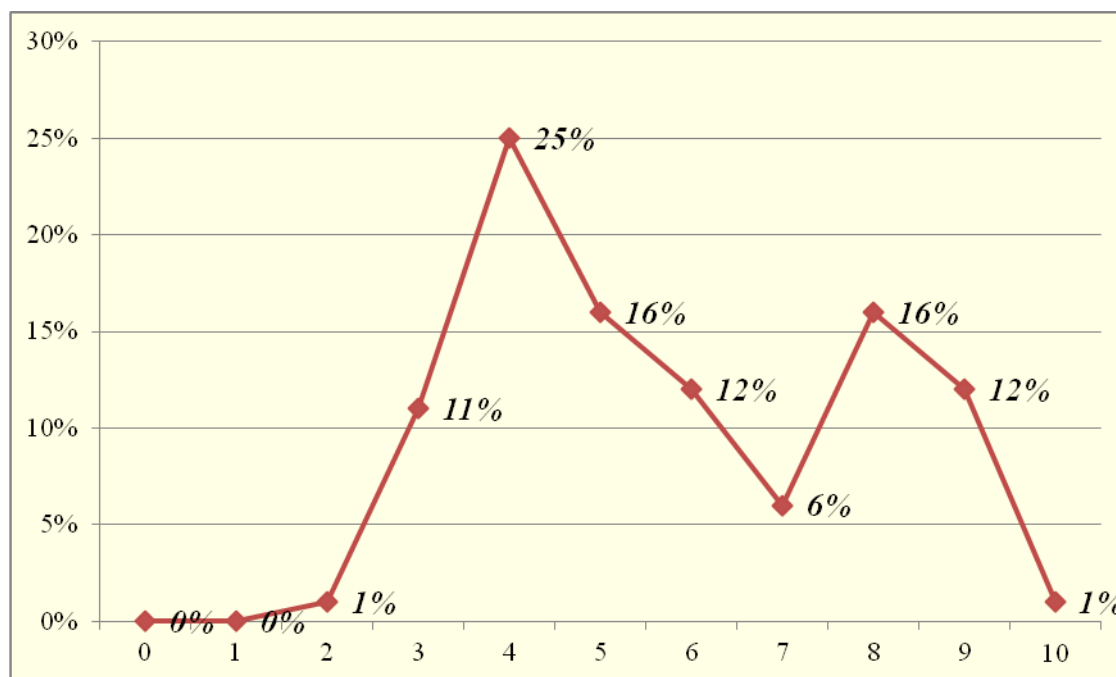
Ból pooperacyjny jest przykładem bólu ostrego, największe nasilenie występuje w pierwszych dwóch dobach, później stosunkowo słabnie. Ocena jego charakteru ma znaczenie w prawidłowym postępowaniu przeciwbólowym.

Na pytanie o charakter bólu najczęściej - 65% pacjentów - wskazało ból, który występował podczas poruszania się, 46% operowanych określiło ból pooperacyjny jako ból ostry, 29% odczuwało ból kłujący, a 22% ból rozsadzający. Dodatkowo pacjenci określali



charakter bólu jako rwący, przeszywający, powodujący mdłości, uciążliwy, oraz skarżyli się na ból pleców i ból pojawiający się przy oddychaniu.

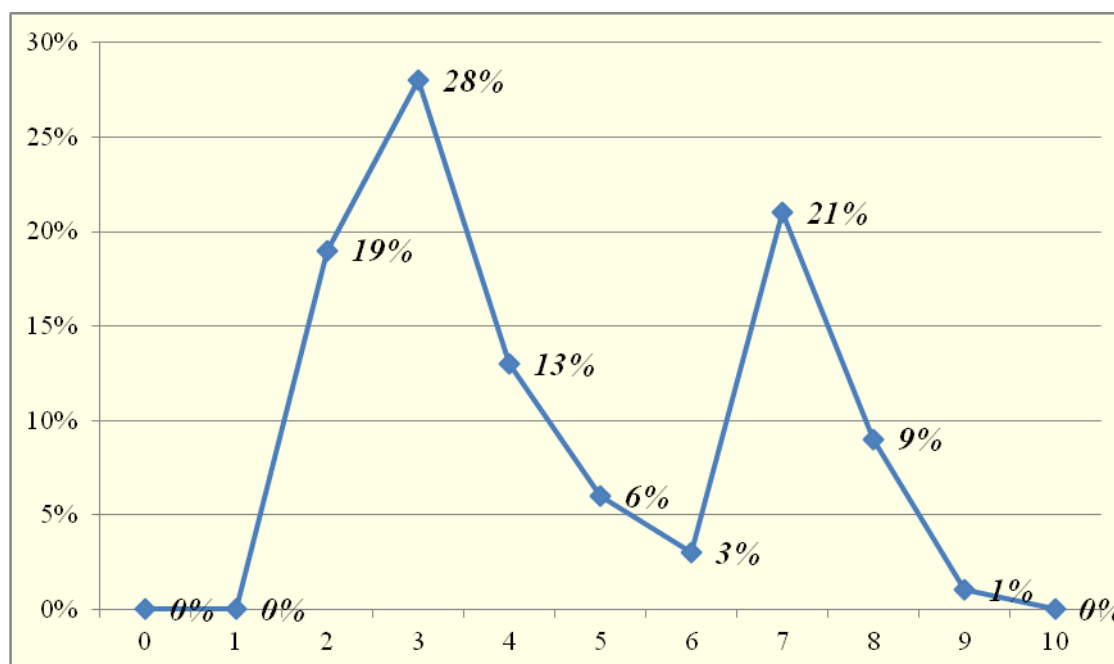
Ocena nasilenia bólu pozwala na zaplanowanie odpowiedniego postępowania terapeutycznego. W pracy przeanalizowano natężenie bólu w kolejnych dobach po zabiegu operacyjnym. Według pacjentów po przebytym zabiegu operacyjnym największe natężenie bólu pooperacyjnego występuje w pierwszej i drugiej dobie po zabiegu operacyjnym, a znacznie zmniejsza się w trzeciej lub czwartej dobie, co również wiązało się z częstotliwością podawania leków przeciwbólowych w analizowanych okresach.



Ryc. 2. Poziom bólu odczuwalny w pierwszej dobie po operacji według skali VAS

W pierwszej dobie po operacji najwięcej pacjentów - 25% wskazało ból na poziomie 4 pkt., 16% na poziomie 5pkt., a 16% na poziomie 8 pkt. według skali VAS. Według przeprowadzonych badań najwyższe natężenie bólu występowało u chorych z oddziału ortopedycznego po operacji wymiany stawu biodrowego oraz u chorych z oddziału kardiochirurgicznego po operacji wszczepienia by-passów.

U pacjentów oceniono natężenie bólu w drugiej dobie po zabiegu operacyjnym.



Ryc. 3. Poziom bólu odczuwalny w drugiej dobie po operacji według skali VAS

W drugiej dobie po operacji najwięcej pacjentów - 28% - wskazało natężenie bólu na poziomie 3 pkt., natomiast aż 21% ankietowanych określiło poziom bólu na poziomie 7 pkt. według skali VAS, co wskazuje na utrzymujące się w drugiej dobie duże dolegliwości bólowe.

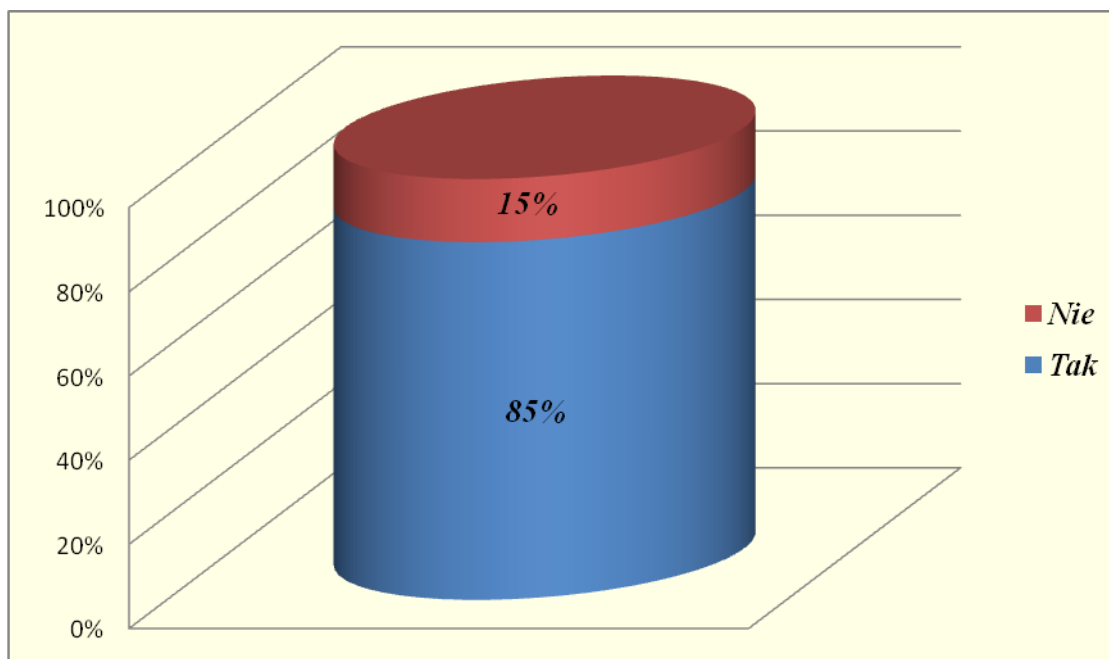
Natężenie bólu spada wraz z upływem czasu i w trzeciej dobie po operacji było znacznie niższe w stosunku do natężenia bólu w pierwszej dobie.

Ból odczuwany w trzeciej dobie po zabiegu u większości ankietowanych pacjentów był dużo niższy niż w pierwszej i drugiej dobie. U 33% chorych według skali VAS wynosił 2 pkt., 18% wskazało 3 pkt., a 10% - 1 pkt. Natomiast u 15% badanych dolegliwości nadal były znaczne i określone zostały na poziomie 7 pkt. według skali VAS.

Środki farmakologiczne są powszechnie stosowane w uśmierzaniu bólu pooperacyjnego. Lek przeciwbólowy powinien być odpowiednio dobrany, zależny od stanu chorego, przewidywanego bólu i reakcji na ból. W pierwszej dobie po operacji najwięcej badanych pacjentów – 35% umiarkowanie często potrzebowało podawania leku przeciwbólowego, 30% często, 24% bardzo często. Tylko 2% pacjentów rzadko potrzebowało podania leku. W drugiej dobie po operacji 45% badanych potrzebowało podania leku przeciwbólowego umiarkowanie często, 22% często, a 11% bardzo często, co związane jest z dużymi dolegliwościami, jakie chorzy odczuwali w tej dobie.

Częstotliwość podawania leków przeciwbólowych w dobie trzeciej była już mniejsza: potrzebę podania leku umiarkowanie często wskazało 35% badanych, a często 21%, a 41% chorych sygnalizowało rzadką potrzebę podania analgetyku.

U pacjentów po zabiegach operacyjnych wskazane jest badanie i odnotowywanie stopnia natężenia bólu w odpowiednich odstępach czasowych. Pomiar ten wpływa na ocenę bólu w czasie oraz na ocenę skuteczności stosowanego leczenia.



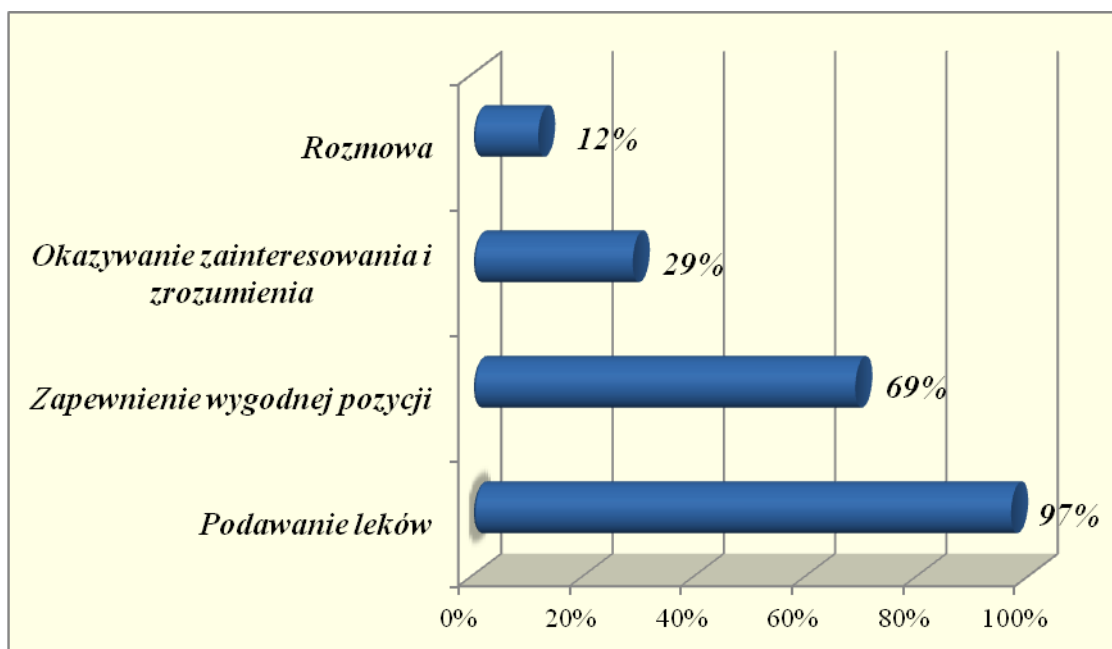
Ryc. 4 . Regularny pomiar stopnia natężenia bólu przez pielęgniarki

Wśród ankietowanych osób aż 85% podało, że pielęgniarki prosiły o określenie poziomu bólu trzy razy dziennie, tylko 15% badanych zaznaczyło odpowiedź „nie”. Uśmierzenie bólu pooperacyjnego wymaga dobrej współpracy całego personelu medycznego. Pielęgniarka spędzając najwięcej czasu przy chorym ma możliwość prowadzenia wnikliwej obserwacji i podejmowania skutecznych działań. Ankietowanym zadano pytanie: czy pielęgniarki pomagały mu w uśmierzaniu bólu po operacji? Zdecydowana większość badanych – 96% - zaznaczyła odpowiedź „tak”.

W badaniach oceniono również postępowanie pielęgniarskie zmierzające do zmniejszenia dolegliwości bólowych inne niż farmakologiczne.

Z zebranych danych wynika, że najbardziej pomocne w zmniejszeniu dolegliwości bólowych u 97% badanych było podanie leku przeciwbólowego, jednak 69% ankietowanych

podają, że zapewnienie wygodnej pozycji pomogło im zmniejszyć dolegliwości, u 29% było to okazanie zainteresowania i zrozumienia, a u 12% - rozmowa.



Ryc. 5. Działania pielęgniarskie zmniejszające dolegliwości bólowe

*Procent nie sumuje się do 100, ponieważ ankietowani mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.*

Wśród ankietowanych chorych aż 52% dobrze oceniło skuteczność działania przeciwbólowego, 45% na bardzo dobrze, a tylko 3% na mało skuteczne.

Wysokie poczucie zadowolenia z zastosowanego sposobu zwalczania bólu pooperacyjnego świadczy o tym, że prowadzona terapia przeciwbólowa wobec większości badanych chorych była skuteczna.

## Dyskusja

Uśmierzenie bólu pooperacyjnego wymaga dobrej współpracy całego personelu medycznego, który sprawuje całodobową opiekę nad pacjentem w okresie pooperacyjnym. Znaczącą rolę w tych działaniach odgrywają wiedza i doświadczenie pielęgniarki, która spośród wszystkich pracowników medycznych spędza najwięcej czasu z pacjentem, stąd jej rola w rozpoznawaniu i leczeniu bólu pooperacyjnego jest kluczowa.

Ze względu na cierpienie chorego oraz niepożądane reakcje ze strony organizmu powstające pod wpływem bólu pielęgniarka powinna podejmować wszelkie możliwe działania,

prowadzące do zminimalizowania odczuć bólowych. Wykorzystując w swej pracy podstawowe standardy monitorowania stanu chorego oraz standardy oceny i leczenia bólu, zapewnia ona bezpieczny przebieg procesu jego uśmierzenia.

Na natężenie bólu pooperacyjnego wpływa nie tylko sam zabieg, ale również szereg innych czynników psychologicznych, sytuacyjnych, środowiskowych, kulturowych, wychowawczych czy wcześniejsze doświadczenia związane z bólem.

Skuteczne uśmierzanie bólu pooperacyjnego jest integralną częścią leczenia, ponieważ nie tylko minimalizuje cierpienie pacjenta, poprawia jego jakość życia w tym okresie, ale także zmniejsza liczbę powikłań, może skrócić pobyt w szpitalu, jak również zmniejszyć całkowite koszty leczenia. Jest istotnym elementem monitorowania stanu chorego po zabiegu operacyjnym.

Wśród badanej grupy pacjentów 100% osób odczuwało ból po operacji. Stopień odczuwanego bólu mierzony za pomocą skali VAS wahał się w przedziale od 1 do 10, a istotny wpływ na stopień jego odczuwania miał rodzaj operacji i metoda, jaką wykonywany był zabieg operacyjny. Największe dolegliwości bólowe odczuwali pacjenci z oddziału ortopedycznego po operacjach wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego oraz pacjenci z oddziału kardiochirurgicznego, po operacji wszczepienia by-passów.

Istotną rolę w odczuwaniu bólu odgrywają poprzednie doświadczenia bólowe oraz poziom lęku związany z proponowanym postępowaniem operacyjnym. Brak wiedzy na ten temat budzi często u chorego silny lęk i poczucie zagrożenia. Wysoki poziom lęku powoduje większe nasilenie bólu pooperacyjnego i zwiększone zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe. Również ból może nasilać poczucie lęku i zagrożenia. Takie spostrzeżenia wskazał w swojej pracy Greszta i wsp. [15] Badania własne wykazały, że 49% chorych spodziewa się znacznego bólu pooperacyjnego i to on staje się ich największą troską przed zabiegiem źródłem lęku.

Duży wpływ na stopień odczuwania bólu przez pacjentów ma również udzielanie wyczerpujących informacji przed operacją. Uświadomienie pacjenta o czekających go dolegliwościach bólowych daje pozytywne efekty w zwalczaniu bólu pooperacyjnego i pozytywnie wpływa na formułowanie przez pacjentów oceny opieki pielęgniarskiej. W badanej grupie 72% ankietowanych podało, że zostało poinformowanych o sposobie leczenia bólu, jaki będzie u nich zastosowany po operacji. W badaniach Jaracza i wsp.[16] oraz Bączyka i wsp.[17] stwierdzono, że informacje, jakie pacjenci otrzymali od personelu pielęgniarskiego, były niewystarczające. Jaracz i wsp.[16] wskazali również, iż pacjenci,

którzy po zabiegu odczuwali silniejszy ból, niż się spodziewali, gorzej oceniali opiekę pielęgniarską. Udzielanie wyczerpujących informacji w trakcie przygotowania przedoperacyjnego na temat możliwości wystąpienia bólu i postępowania pooperacyjnego w tym kierunku daje pozytywne efekty w zwalczaniu bólu pooperacyjnego, co przekłada się na pozytywną ocenę opieki pielęgniarskiej. Spostrzeżenia te zawarli także w swoich pracach Sjoling i wsp. [18] oraz Stomberg. [19]

Ważnym elementem opieki pielęgniarskiej jest również regularna ocena stopnia nasilenia bólu po operacjach, ponieważ umożliwia dobranie odpowiedniej dawki leku przeciwbólowego oraz kontrolę skuteczności zastosowanej terapii. Podobne zalecenia zawarła w swojej pracy Dąbrowska – Mędrzycka i wsp.[20], którzy również zwrócili uwagę na bardzo ważną rolę w identyfikowaniu pacjenta z bólem.

Najbardziej adekwatna ocena nasilenia dolegliwości bólowych jest dokonywana przez samego pacjenta i powinno się ją stosować w każdym z możliwych przypadków. Wśród ankietowanych osób 85% podało, że pielęgniarki prosiły o określenie poziomu bólu trzy razy dziennie. Dlatego też bardzo ważne, aby pacjenci już w trakcie przygotowania do zabiegu operacyjnego byli edukowani w kierunku metod pomiaru bólu tak, aby w postępowaniu pooperacyjnym potrafili trafnie go określić. Na ważną rolę edukacyjną pielęgniarki w tym zakresie zwróciła uwagę Juda Małgorzata oraz Mędrzycka – Dąbrowska i wsp.[20,21]

Przeprowadzając badania na temat natężenia i charakteru odczuwanego bólu w pierwszej, drugiej i trzeciej dobie po zabiegu operacyjnym, największe natężenie bólu występowało w dwóch pierwszych dobach, a zmniejszyło się w trzeciej. Pytając o charakter odczuwanego bólu, 46% badanych pacjentów wskazało ostry ból, a 65%, ból, który nasilał się podczas poruszania.

Ważnym aspektem w opiece nad pacjentem jest udział pielęgniarki w farmakoterapii. Dawka leku musi być dobrana indywidualnie i dostosowana do stopnia natężenia bólu. Zlecone leki powinny być podawane w odpowiednich i regularnych odstępach czasu, wystarczających do zapewnienia możliwie najdłuższego okresu bez bólowego.

W pierwszej dobie po operacji najwięcej badanych pacjentów – 35% - umiarkowanie często potrzebowało podawania leku przeciwbólowego, 30% często, a 24% bardzo często.

W drugiej dobie 45% badanych potrzebowało podania leku przeciwbólowego umiarkowanie często. W trzeciej dobie po zabiegu operacyjnym 41% ankietowanych rzadko potrzebowało podania leku przeciwbólowego. Ma to związek z mniejszymi dolegliwościami bólowymi jakie chorzy odczuwali w tym dniu po operacji.

Bardzo skuteczne w walce z bólem są odpowiednie działania pielęgniarskie, takie jak zastosowanie udogodnień czy rozmowa z chorym. U 69% ankietowanych zapewnienie wygodnej pozycji pomogło w znacznym stopniu zmniejszyć dolegliwości bólowe, u 29% badanych to okazanie zainteresowania i zrozumienia, a u 12% to rozmowa.

Efektywne zwalczanie bólu pooperacyjnego wpływa na zminimalizowanie cierpienia pacjenta oraz zapewnienie właściwego przebiegu procesu zdrowienia i profilaktyki powikłań. Podobne spostrzeżenia zawarły w swoich pracach Juda [21] oraz Mędrzycka – Dąbrowska i wsp.[20] Wśród ankietowanych chorych aż 52% dobrze oceniło skuteczność działania przeciwbólowego, a 45% - bardzo dobrze. Wysokie poczucie zadowolenia z zastosowanego sposobu zwalczania bólu pooperacyjnego świadczy o tym, że prowadzona terapia przeciwbólowa wobec większości badanych chorych była skuteczna.

### **Wnioski:**

1. Wśród badanej populacji 100% badanych odczuwało ból po zabiegach operacyjnych.
2. Największe nasilenie bólu występowało w I i II dobie po zabiegu operacyjnym
3. Bardzo ważna jest edukacja pacjenta przed zabiegiem operacyjnym w kierunku metod oceny bólu oraz postępowania przeciwbólowego.
4. Ważnym elementem opieki pielęgniarskiej jest regularna ocena stopnia nasilenia bólu po operacjach.
5. Bardzo skuteczne w walce z bólem są odpowiednie działania pielęgniarskie, takie jak wygodne ułożenie w łóżku, zastosowanie udogodnień, czy rozmowa z chorym.

### **Bibliografia**

1. Rolka H., Krajewska-Kułak E., Jankowiak B.: Psychologiczne aspekty bólu pooperacyjnego jako głównego problemu pielęgnacyjnego u pacjenta leczonego chirurgicznie. W: Ann. Acad. Med. Siles. 2006, Nr 1, s. 58-60
2. Kołodziej W., Karpel E.: Ból pooperacyjny na oddziale chirurgicznym w ocenie ankietowanego badania zastosowaniem kwestionariusza McGilla – Melzacka – doniesienie wstępne. W: Problemy Pielęgniarstwa, 2008, Tom 16, Zeszyt 3, s. 231-236.
3. Dobrogowski J., Wordliczek: Patofizjologia bólu. W: Medycyna bólu. Warszawa 2004, Wydawnictwo lekarskie PZWL, s. 17

4. Ślusarska B., Zboina B., Zarzycka D.: Pacjent z bólem w pracy pielęgniarki. Zeszyty naukowe Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim. Ostrowiec Św. 2008, Zeszyt 31, s. 100.
5. Dobrogowski J., Mayner-Zawadzka E., Drobnik L.: Zasady leczenia bólu pooperacyjnego – zalecenia 2008. W: Ból 2008, Nr 2, s. 9-22.
6. Kapała A., Kapała W.: Bezpośredni okres pooperacyjny. W: Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2012, Nr 11, s. 16-17
7. Czaplńska M.: Ból – choroba sama w sobie. W: Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2010, Nr 1-2, s. 33-34.
8. Niechwiadowicz-Czapka T.: Zwalczanie bólu pooperacyjnego. W: Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2009, Nr 1-2, s. 14-25.
9. Pabis E.: Metody oceny natężenia bólu pooperacyjnego u dzieci. W: Problemy Pielęgniarstwa, 2011, Tom 19, zeszyt 1, s. 123
10. Rozalska I., Lesiuk W., Aftyka A.: Metody oceny odczuwania bólu w ostrym bólu pooperacyjnym u dzieci. W: Pielęgniarstwo XXI wieku, 2011, Nr 1, s. 64- 67
11. Grochans E., Hycza J., Kuczyńska M.: Subiektywna ocena bólu pooperacyjnego u pacjenta leczonego chirurgicznie. W: Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2011, Nr. 2, s. 82-87.
12. Woron J., Dobrogowski J., Wordliczek J., Kleja J.: Leczenie bólu w oparciu o drabinę analgetyczną WHO. W: Medycyna po dyplomie, 2011, Nr 8, s. 52-61.
13. Wordliczek J., Dobrogowski J.: Uśmierzanie bólu pooperacyjnego. W: Leczenie bólu. Warszawa 2007, Wydawnictwo PZWL, s. 187-204
14. Misiołek H., Mayzner-Zawadzka E., Dobrogowski J., Wordliczek J.: Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym. W: Ból, 2011, Tom 12, Nr 2, s. 16-17.
15. Greszta E., Siemińska M.: Poziom lęku – stanu i lęku – cechy u pacjentów zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego pomostowaniem aortalno-wieńcowym a percepcja bólu rany pooperacyjnej i innych dolegliwości bólowych. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 2008; 54: 157-163.
16. Jaracz K., Wdowczyk K., Górna K.: Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym. Pielęgniarstwo Polskie, 2005; 1: 9-14.



17. Bączyk G., Ochmańska M., Stępień S.: Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2009;7: 173-177
18. Sjoling M., Nordahl G., Olofsson N., Asplund K.: The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Educ Couns* 2003;51: 169-176
19. Stomberg M., Wickstrom K., Joelsson H., Sjoström B., Haljamae H.: Postoperative Pain Management on Surgical Wards – Do Quality Assurance Strategies Result in Long – Term Effects on Staff Member Attitudes and Clinical Outcomes? *Pain Management Nursing*, 2003;4: 11-22
20. Mędrzycka-Dąbrowska W., Ogrodniczuk M., Dąbrowski S.: Udział pielęgniarki w procesie bólu pooperacyjnego – część I w *Anestezjologia i ratownictwo* 2015; 6: 332-338
21. Juda M.: Rola pielęgniarki w zwalczaniu bólu pooperacyjnego. W *Pielęgniarstwo Polskie* 2015, Nr 3(57): 333-336