

Renata Łukasik¹, Anna Kaleta², Wioletta Waksmańska¹¹Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej²Beskidzkie Centrum Onkologii — Szpital Miejski w Bielsku-Białej

Rola pielęgniarki w zwalczaniu bólu nowotworowego

The role of a nurse in cancer pain control

STRESZCZENIE

Wstęp. Ból jest doznaniem subiektywnym, a występujący w trakcie choroby nowotworowej może mieć różnorodne pochodzenie. Pielęgniarka odgrywa kluczową rolę w efektywności terapii przeciwbólowej prowadzonej na oddziałach szpitalnych.

Cel pracy. Celem badań było poznanie opinii chorych leczonych na oddziale onkologicznym na temat roli pielęgniarki w zwalczaniu bólu nowotworowego.

Materiały i metody. W badaniach wzięło udział 78 osób będących pacjentami Oddziału Onkologicznego BCO-SM w Bielsku-Białej. W pracy użyto dwóch narzędzi badawczych: autorskiego, anonimowego kwestionariusza ankiety oraz Numerycznej Skali Oceny Bólu (NRS). Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej, którą wykonano za pomocą pakietu statystycznego R 3.0.2. Do obliczeń użyto testów t-Studenta oraz chi-kwadrat. We wszystkich obliczeniach statystycznych przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Zmienne ilościowe opisywano za pomocą wartości średniej, odchylenia standardowego (SD). Zmienne jakościowe opisywano za pomocą częstości wystąpień poszczególnych wartości oraz rozkładu procentowego. Porównanie wartości zmiennych jakościowych w kilku grupach wykonano za pomocą testu chi-kwadrat lub, tam gdzie w tabelach pojawiały się małe wartości oczekiwane, dokładnego testu Fishera.

Wyniki. Pacjenci wysoko ocenili rolę pielęgniarki w terapii przeciwbólowej. Większość badanych pacjentów uważa, że pielęgniarka reaguje szybko, jest kompetentna, a informacje udzielane przez nią są rzetelne.

Wnioski.

1. Dane społeczno-demograficzne chorych nie wpływają istotnie na ocenę zachowania pielęgniarek w zakresie reakcji na zgłaszany przez chorych ból, regularnego podawania leków przeciwbólowych czy rzetelność udzielanych przez pielęgniarki informacji na temat terapii bólu.
2. Pacjenci niezależnie od płci wykazywali podobne natężenie bólu nowotworowego.
3. Stopień natężenia bólu u chorych nie różnicuje istotnie reakcji pielęgniarek.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (2): 96–102

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa; ból; pielęgnacja

ABSTRACT

Introduction. Pain is a subjective phenomenon. In neoplastic diseases it may originate from various sources. Nurses play a key role in pain therapy at hospitals.

Objective. The research objective was to learn the opinion of oncological ward patients on the nurse's role in cancer pain management.

Material and methods. The research group consisted of 78 patients of the Oncological Ward at Bielsko-Biała City Hospital. Two research tools were used: a self-prepared questionnaire and Numeric Rating Scale (NRS). The results were statistically analysed with the use of R 3.0.2 statistical package. In calculations Student's *t* and chi-square tests were applied. The significance level was assumed at $p < 0,05$. Quantitative variables were described with average value or standard deviation (SD). Qualitative variables were described with the frequency of the particular values occurrence and percentage distribution.

Adres do korespondencji: dr n. med. Renata Łukasik, Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna, ul. Willowa 2, 43-300 Bielsko-Biała, tel. 33 82 79 403, e-mail: rlukasik@ath.bielsko.pl

DOI: 10.5603/PP.2017.0015

Comparison of qualitative variables value in some groups was made with chi-square test or – where the tables reflected low expected value – the exact Fisher's *F* test.

Results. The patients highly value the role of a nurse in pain therapy. Most patients deem that nurses react fast, are competent and provide reliable information.

Conclusions.

1. The patients' social and demographic background does not significantly affect the assessment of nurses' behaviour in the context of their reaction to the pain reported by patients or reliability of the information on pain therapy provided.
2. Both men and women reported similar intensity of cancer pain.
3. Pain intensity in patients does not have any significant impact on nurses' reactions.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (2): 97–102

Key words: neoplastic disease; pain; nursing

Wstęp

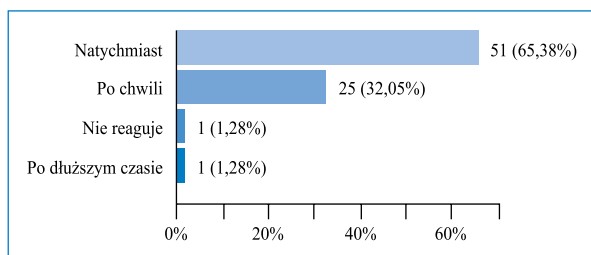
Ból i związane z nim cierpienie fizyczne i psychiczne wpływają negatywnie na funkcjonowanie człowieka. Definicja przyjęta przez *International Association for the Study of Pain* (IASP) w 1986 roku podaje, że ból jest nieprzyjemnym doznaniem zmysłowym i emocjonalnym związanym z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywanym w kategoriach tego uszkodzenia [1, 2]. Subiektywność odczuwania i złożoność dolegliwości bólowych decyduje o różnorodnym odbieraniu go przez poszczególne osoby. Wiele badań naukowych pokazuje, że nie ma jednego, skutecznego środka zwalczającego ból [3]. Ból związany z chorobą nowotworową można klasyfikować ze względu na etiologię, na ból spowodowany nowotworem, związany z procesem leczenia, następnie związany z wyniszczeniem nowotworowym oraz bóle koincydencyjne niezwiązane z leczeniem choroby nowotworowej. Można również dokonać klasyfikacji bólu ze względu na patofizjologię na ból receptorowy (wynik drażnienia receptorów czuciowych) i niereceptorowy (uszkodzenie struktur układu nerwowego). Inna klasyfikacja to ból przenikający, końca dawki, incydentalny [4]. Znajomość zasad podawania środków przeciwbólowych określonych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) jest podstawą udziału pielęgniarki w farmakoterapii bólu. Pielęgniarki pracujące na oddziałach onkologicznych powinny posiadać wiedzę na temat mechanizmów powstawania bólu. W ten sposób wzmacniają poczucie bezpieczeństwa chorego. W Polsce pielęgniarki w ramach kształcenia podyplomowego uzyskują specjalistyczną wiedzę z zakresu terapii bólu przewlekłego i mogą samodzielnie udzielać określonych świadczeń specjalistycznych z zakresu terapii bólu obejmujących planowanie, realizowanie, interpretowanie i ocenianie podejmowanych działań [5]. Pielęgniarka, wykorzystując metody nefarmakologiczne, może złagodzić ból pacjenta. Personel pielęgniarski odgrywa główną rolę w dokonywaniu oceny bólu u pacjenta onkologicznego [1].

Cel pracy

Celem badań było poznanie opinii chorych leczonych na oddziale onkologicznym na temat roli pielęgniarki w zwalczaniu bólu nowotworowego.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród pacjentów Oddziału Onkologicznego Beskidzkiego Centrum Onkologii — Szpitala Miejskiego w Bielsku-Białej, w czasie od grudnia 2015 do lutego 2016 roku. Na przeprowadzenie badań na oddziale uzyskano zgodę dyrektora szpitala oraz zgodę pacjentów. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz oraz Numeryczną Skalę Oceny Bólu (NRS). Natomiast u badanych pacjentów w czasie hospitalizacji ból był oceniany systematycznie w skali VAS. W badaniu brali udział pacjenci poddawani chemioterapii, otrzymujący na stałe środki przeciwbólowe. Badani pacjenci w przeszłości mieli wykonany zabieg operacyjny z powodu głównie choroby nowotworowej jelita grubego, piersi, jajnika. Część ogólna ankiety dotyczyła charakterystyki socjodemograficznej badanej grupy: wiek, płeć, miejsce zamieszkania oraz wykształcenie. W części szczegółowej ankiety respondenci odpowiadali na pytania związane z rolą pielęgniarki w likwidacji bólu u pacjentów onkologicznych. Na Numerycznej Skali Oceny Bólu (NRS, *Numerical Rating Scale*), którą przedstawiono w formie graficznej, pacjenci zaznaczali stopień natężenia odczuwanego przez nich bólu (0 — jest najniższą wartością skali i oznacza brak dolegliwości bólowej, 10 — to wartość najwyższa skali i oznacza ból niemożliwy do opisanego przez chorego). Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej, którą wykonano za pomocą pakietu statystycznego R 3.0.2. Do obliczeń użyto testów: *t*-Studenta, chi-kwadrat. Dla wszystkich obliczeń statystycznych przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Zmienne ilościowe opisywano za pomocą wartości średniej, odchylenia standardowego (SD), mediany, minimum, maksimum i kwartyli (Q1, Q3). Zmienne



Rycina 1. Szybkość reakcji pielęgniarki na zgłaszany ból
Figure 1. Speed of nurse reaction to the reported pain

Tabela 1. Reakcja pielęgniarki na zgłaszany przez pacjenta ból

Table 1. Reaction of a nurse to the pain reported by the patient

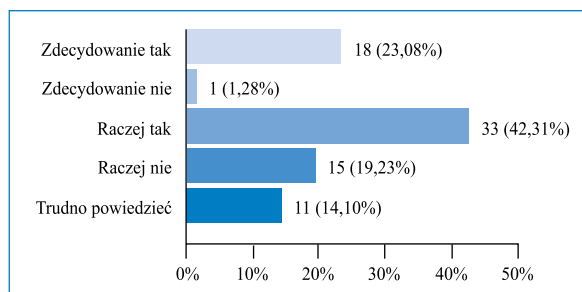
Reakcja pielęgniarki na zgłaszany przez pacjenta ból	N	Odsetek*
Reaguje ze zrozumieniem	40	51,28%
Postępuje rutynowo	12	15,38%
Jest obojętna	1	1,28%
Jest uprzejma	29	37,18%

*Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.
N — liczba badanych; % — odsetek badanych w odniesieniu do całej grupy

jakościowe opisywano za pomocą częstości wystąpień poszczególnych wartości oraz rozkładu procentowego. Porównanie wartości zmiennych jakościowych w kilku grupach (pozostałe zależności) wykonano za pomocą testu chi-kwadrat lub tam, gdzie w tabelach pojawiały się małe wartości oczekiwane, dokładnego testu Fishera. Grupa badana liczyła 78 osób, najmłodsza spośród ankietowanych osób miała 18 lat, zaś najstarsza 82 lata. Odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu udzieliło 45 kobiet (57,69%) i 33 mężczyzn (42,31%). Najwięcej badanych było powyżej 50. roku życia (71,79%), najmniej z nich poniżej 25. roku życia (7,69%). Wśród badanych pacjentów 45 osób (57,69%) mieszkało w mieście, a 33 osoby (42,31%) było mieszkańcami wsi. Największą grupę respondentów stanowili pacjenci z wykształceniem średnim 53 osoby (67,95%), zaś najmniejszą — 8 osób (10,26%) pacjenci z wykształceniem podstawowym.

Wyniki

Większość badanych pacjentów uznała (51 osób; 65,38%), że pielęgniarka reaguje natychmiast na zgłaszany przez chorego ból (ryc. 1). Natomiast nieco ponad połowa badanych (40 osób; 51,28%) stwierdziła, że pielęgniarka na zgłaszane przez chorego dolegliwości bólowe reaguje ze zrozumieniem i kolejne 37,18% pacjentów uznało, że pielęgniarki wykazują postawę charakteryzującą się życzliwością i grzecznością do chorych z dolegliwościami bólowymi



Rycina 2. Rzetelność udzielania informacji na zadawane przez pacjenta pytania

Figure 2. Reliability of information provided to the questions asked by the patients

Tabela 2. Przestrzeganie godzin podawania leków przeciwbólowych przez pielęgniarki

Table 2. Keeping to the times of administering pain-relief medicines by nurses

Przestrzeganie stałych godzin podawania leków przez pielęgniarki	N	Odsetek
Zdecydowanie tak	18	23,08%
Zdecydowanie nie	0	0,00%
Raczej tak	32	41,03%
Raczej nie	5	6,41%
Trudno powiedzieć	23	29,49%
Suma	78	100,00%

N — liczba badanych; % — odsetek badanych w odniesieniu do całej grupy

(tab. 1). Zdaniem niemal wszystkich biorących udział w badaniu (75 osób; 96,15%) pielęgniarki rzetelnie udzielały informacji w zakresie terapii bólu (ryc. 2). Ponad 40% badanych było zdania, że pielęgniarki przestrzegają godzin podawania leków przeciwbólowych, tylko (5 osób; 6,41%) stwierdziło, że pielęgniarki raczej nie przestrzegają godzin podawania leków przeciwbólowych (tab. 2). Prawie połowa badanych (36 osób; 46,15%) stwierdziła, że w trakcie pobytu na oddziale ból był monitorowany przy użyciu skali oceny bólu, 14,10% badanych było zdania, że ból nie był monitorowany (tab. 3).

Respondenci na prośbę badającego oznaczali natężenie odczuwanego przez siebie bólu przy użyciu skali numerycznej NRS. Najwięcej spośród ankietowanych (22 osoby; 28,21%) określiło stopień natężenia bólu na 2 punkty, natomiast 18 osób (23,08%) w chwili badania nie odczuwało dolegliwości bólowych. W sumie ponad połowa badanych nie odczuwała bólu w ogóle lub w niewielkim stopniu. Średnie nasilenie bólu wynosiło 2,14 punktu w skali NRS (SD = 1,95) i wahało się od 0 do 8 punktów, mediana wynosiła 2 punkty. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpo-

wiednio 1 i 3 punkty, a więc typowe nasilenie bólu w grupie badanej to pomiędzy 1 a 3 punktami (tab. 4, ryc. 3). Wykształcenie pacjenta, płeć, miejsce zamieszkania badanych chorych nie wpłynęły istotnie na ocenę zachowania pielęgniarek w zakresie reakcji na zgłaszany przez chorych ból, regularnego podawania leków przeciwbólowych oraz rzetelność udzielanych informacji przez pielęgniarki na temat terapii bólu. Kobiety i mężczyźni nie różnili się istotnie poziomem zgłaszanego bólu (tab. 5–8).

Dyskusja

Z badań własnych przeprowadzonych na oddziale onkologicznym wynika, że pacjenci w większości pozytywnie oceniają rolę pielęgniarki w terapii przeciwbólowej prowadzonej na oddziale. Chorzy oczekują, że ból, który u nich występuje, zostanie skutecznie zlikwidowany lub zminimalizowany. W tym celu opracowane są standardy postępowania przeciwbólowego, a placówki, które te standardy posiadają i realizują otrzymują certyfikat „Szpital bez bólu”. Prawidłowa ocena dolegliwości bólowych ma wpływ na dalszy przebieg postępowania terapeutycznego. Ciałkowska-Rysz i Dzierżanowski zwrócili uwagę, że ocena natężenia bólu powinna być dokonywana zawsze przed i w trakcie leczenia przeciwbólowego tak, aby lekarz mógł podjąć właściwą interwencję, a także ocenę jego dynamiki [6]. Sam ból nowotworowy nie jest ściśle związany jedynie z obecnością tkanek nowotworowych w organizmie chorego, bardzo często jego

przyczyną jest toksyczne działanie chemioterapii na zdrowe komórki organizmu, czy też ucisk guza na otaczające go nerwy lub też sploty nerwowe. Literatura podaje, że ból towarzyszący chorobie nowotworowej może być wynikiem dotkliwych zabiegów diagnostycznych, bolesnych zakażeń i zapaleń jamy ustnej, zakrzepicy głębokich naczyń żylnych czy też współwystępujących chorób przewlekłych [7, 8]. W badaniach własnych większość pacjentów, bo aż 65,4%, bardzo dobrze oceniła szybkość reakcji pielęgniarki na zgłaszany ból. Jedynie około 1,3% badanych uważała, że musi bardzo długo czekać zanim otrzyma środek przeciwbólowy. Analizując przeprowadzone badania własne, należy zastanowić się co jest powodem długiego oczekiwania chorego na leki uśmierzające ból, często jest to natłok obowiązków nakładany na personel pielęgniarski, braki kadrowe co jest spotykane w większości krajów europejskich [9]. Z pewnością efektywna współpraca w interdyscyplinarnym zespole terapeutycznym, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta ma

Tabela 3. Monitorowanie bólu według skali oceny bólu w trakcie hospitalizacji

Table 3. Pain monitoring during hospitalisation in reference to the pain intensity scale

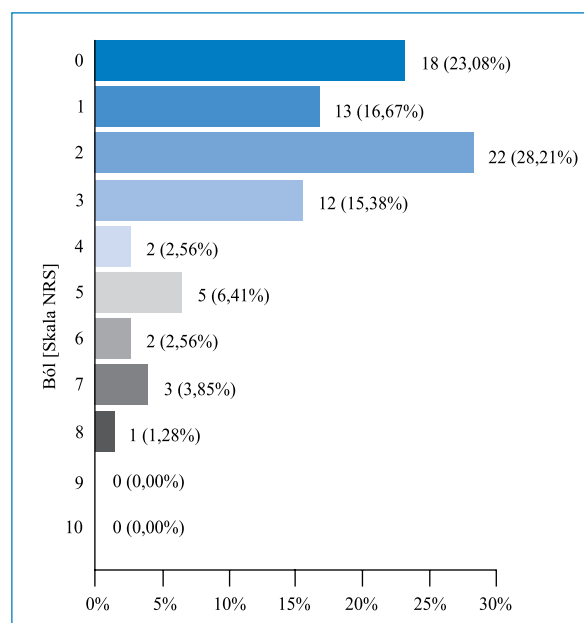
Ocena monitorowania bólu wg skali podczas pobytu pacjenta na oddziale	N	Odesetek
Zdecydowanie tak	27	34,62%
Zdecydowanie nie	1	1,28%
Raczej tak	36	46,15%
Raczej nie	11	14,10%
Trudno powiedzieć	3	3,85%
Suma	78	100,00%

N — liczba badanych; % — odsetek badanych w odniesieniu do całej grupy

Tabela 4. Ocena odczuwania bólu w chwili wypełniania ankiety przez pacjenta przy użyciu skali NRS

Table 4. Assessment of pain intensity at the moment of filling in the questionnaire by the patient in reference to the Numeric Rating Scale (NRS)

Ból (Skala NRS)	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	1. kwartył	3. kwartył
	78	2,14	1,95	2	0	8	1	3



Rycina 3. Ocena odczuwania bólu w chwili wypełniania ankiety przez pacjenta przy użyciu skali NRS

Figure 3. Assessment of pain intensity at the moment of filling in the questionnaire by the patient in reference to the Numeric Rating Scale (NRS)

Tabela 5. Ocena zachowania pielęgniarki na zgłaszany przez pacjenta ból w zależności od wykształcenia pacjenta

Table 5. Assessment of nurse reaction to the pain reported by the patient, as a function of the patient's education level

Jak oceni Pan/Pani zachowanie pielęgniarki na zgłaszany przez siebie ból?	Podstawowe		Średnie		Wyższe		p **
	N	% *	n	% *	N	% *	
Reaguje ze zrozumieniem	6	75,00%	28	52,83%	6	35,29%	p = 0,172
Postępuje rutynowo	0	0,00%	7	13,21%	5	29,41%	p = 0,158
Jest obojętna	0	0,00%	0	0,00%	1	5,88%	p = 0,321
Jest uprzejma	2	25,00%	19	35,85%	8	47,06%	p = 0,541

*Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru; **Dokładny test Fishera (niskie wartości oczekiwane w tabeli)
N — liczba badanych; % — odsetek badanych w odniesieniu do całej grupy

Tabela 6. Wpływ płci pacjenta na stopień odczuwania bólu

Table 6. Patient's sex influence on the intensity of pain felt

Płeć	Ból (Skala NRS)								p *
	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	
Kobiety	45	2,42	2,07	2	0	7	1	3	p = 0,177
Mężczyźni	33	1,76	1,71	2	0	8	0	2	
Łącznie	78	2,14	1,95	2	0	8	1	3	–

*Test Manna-Whitneya; N — liczba badanych; % — odsetek badanych w odniesieniu do całej grupy

Tabela 7. Wpływ miejsca zamieszkania pacjenta na postrzeganie jakości informacji udzielanych przez pielęgniarki

Table 7. Influence of a patient's place of residence to the perception of the quality of information provided by nurses

Czy Pani/Pana zdaniem pielęgniarka rzetelnie udzielała informacji na zadawane pytania?	Miasto		Wieś		p *
	N	%	n	%	
Zdecydowanie tak	22	48,89%	15	45,45%	p = 0,853
Zdecydowanie nie	0	0,00%	0	0,00%	
Raczej tak	22	48,89%	16	48,48%	
Raczej nie	0	0,00%	1	3,03%	
Trudno powiedzieć	1	2,22%	1	3,03%	
Suma	45	100,00%	33	100,00%	–

*Dokładny test Fishera (niskie wartości oczekiwane w tabeli); N — liczba badanych; % — odsetek badanych w odniesieniu do całej grupy

Tabela 8. Wpływ płci pacjenta na ocenę zachowania pielęgniarki na zgłaszany ból

Table 8. Patient's sex influence on the assessment of nurse reaction to the pain reported

Jak oceni Pan/Pani zachowanie pielęgniarki na zgłaszany przez siebie ból?	Kobiety		Mężczyźni		p **
	N	% *	N	% *	
Reaguje ze zrozumieniem	21	46,67%	19	57,58%	p = 0,47
Postępuje rutynowo	5	11,11%	7	21,21%	p = 0,366
Jest obojętna	1	2,22%	0	0,00%	p = 1 F
Jest uprzejma	20	44,44%	9	27,27%	p = 0,189

*Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru; **Test chi-kwadrat; F — dokładny test Fishera (niskie wartości oczekiwane w tabeli); N — liczba badanych; % — odsetek badanych w odniesieniu do całej grupy

znaczący wpływ na wzrost skuteczności terapii przeciwbólowej [10]. Respondenci w przeprowadzanych badaniach własnych pozytywnie ocenili reakcję personelu pielęgniarskiego na zgłaszany przez siebie ból. Według ankietowanych pielęgniarki pracujące na wyżej wymienionym oddziale są uprzejme (37,2%) i reagują ze zrozumieniem (51,3%) na cierpienie hospitalizowanego pacjenta. Tylko nieliczni respondenci uważali, że reakcja pielęgniarki była niewystarczająca (1,3%). Lisowska i wsp. podają w swojej pracy, że wśród pacjentów oddziału pooperacyjnego również uzyskali zadowalające wyniki dotyczące pracy pielęgniarki. Według 99,5% respondentów personel pielęgniarski wykazał się dużą życzliwością i uprzejmością podczas kontaktu z pacjentem [11]. W badaniach własnych dominująca część badanych (łącznie 96,2% respondentów) uznała, że są oni usatysfakcjonowani odpowiedziami udzielanymi przez pielęgniarki dotyczącymi stosowanej u nich terapii przeciwbólowej. Tałaj i Suchorzewska przeprowadziły badania wśród 100-osobowej grupy pielęgniarek i położnych. Zadawane pytania dotyczyły przestrzegania praw pacjenta w zakresie uzyskiwania informacji, a także zachowania i postaw personelu pielęgniarskiego oraz położniczego. Według tych badań 100% pacjentów uzyskała informacje na zadawane pytania [12]. Analizując przestrzeganie przez pielęgniarki stałych godzin podawania leków w badaniach własnych, większość respondentów (łącznie 64,1%) podała, że leki są podawane o stałych porach. Prowadzenie regularnej kontroli bólu u pacjentów onkologicznych jest jednym z głównych wyznaczników skutecznego zwalczania bólu nowotworowego. Podawanie leków w ustalonych godzinach jest szczególnie ważne w celu zapobiegania występowaniu bólu przebijającego. Jest to specyficzny rodzaj bólu występujący podczas choroby nowotworowej, który charakteryzuje krótki czas trwania i gwałtowne narastanie [3, 9]. W badaniach własnych 83,3% pacjentów onkologicznych określało natężenie dolegliwości bólowych na 0–3 punktów w skali NRS. W badaniach przeprowadzonych wśród pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej przez Basińską i Andruszkiewicz 42,0% ankietowanych pacjentów określiło wartości bólowe w granicach 1–4 punktów skali [13]. Kulpa i Stypuła-Ciuba w badaniach przeprowadzonych u pacjentów w Centrum Onkologii w Warszawie podali dużo wyższe wartości bólu odczuwanego przez pacjentów — 59,0% ankietowanych pacjentów oceniło natężenie bólu jako wysokie, co dało średnio 6,8 punktów w skali [14]. W badaniach własnych ankietowani w różnym stopniu ocenili monitorowanie bólu według skali oceny bólu podczas pobytu na oddziale. Zdecydowana większość pacjentów: 27 i 36 osób (co daje odpowiednio 34,6% i 46,2%), była pewna lub

prawie pewna, że natężenie bólu u pacjentów było monitorowane z użyciem profesjonalnej skali oceny, negatywną opinię wystawiło 12 osób (15,4%), pozostałe 3 osoby (3,9%) nie potrafiło sobie przypomnieć, czy byli pytani o występowanie bólu. Szybkość reakcji pielęgniarki nie zależała od stopnia natężenia bólu odczuwanego przez pacjenta. Według badań przeprowadzonych przez Tałaj i Suchorzewską wśród pielęgniarek i położnych dominowała chęć podjęcia natychmiastowych czynności zmierzających do zminimalizowania dolegliwości bólowych — 91,0% ankietowanych [12]. Z badań własnych wynika, że poziom bólu określanego przez respondentów nie ma istotnego wpływu na ogólną ocenę leczenia bólu na oddziale [15]. Z przeprowadzonej analizy wynika, że pacjenci cenią pielęgniarkę za udzielanie informacji oraz działanie i reakcję na zgłaszany ból. Grabska i Stefańska w swoich badaniach wykazały, że praca pielęgniarek była doceniana przez pacjentów — 91,0% badanych [16]. Czarnecka i Tylka w swojej pracy zwrócili uwagę, że ból jest doznaniem wielowymiarowym, struktura percepcji bólu uwzględniana jest w kwestionariuszach pomiaru bólu [17]. W pracy autorstwa Ponczek i wsp. wykazano, że wiek i płeć nie miały istotnego wpływu na doznawane przez badanych dolegliwości bólowe [18]. W badaniach własnych płeć pacjenta nie miała znaczenia w ocenie natężenia bólu. Natomiast w swoich badaniach Szczudłowski i wsp. wykazali zależność większego natężenia bólu od płci; kobiety zgłaszały większe natężenie bólu we wszystkich obszarach w porównaniu z mężczyznami [15].

Wnioski

1. Dane społeczno-demograficzne chorych nie wpływają istotnie na ocenę zachowania pielęgniarek w zakresie reakcji na zgłaszany przez chorych ból, regularnego podawania leków przeciwbólowych oraz rzetelność udzielanych informacji przez pielęgniarki na temat terapii bólu.
2. Pacjenci niezależnie od płci wykazywali podobne natężenie bólu nowotworowego.
3. Stopień natężenia bólu u chorych nie różnicuje istotnie reakcji pielęgniarek.

Piśmiennictwo

1. Farrer K. Kontrola bólu. W: de Walden-Gałuszko K., Gaworska-Krzemińska A. (red.). Opieka paliatywna. Urban & Partner, Wrocław. 2012: 23–25.
2. de Walden-Gałuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. PZWL, Warszawa. 2011: 29–33.
3. Hilgier MO. O bólu do bólu. Niedokończona rozmowa. PZWL, Warszawa 2008: 1–31.
4. Kurczab P. Ból u pacjentów z chorobą nowotworową. [Ból u pacjentów z chorobą nowotworową. www.sokrates.rzeszow.pl/pliki/Bol_20u_pacjentow_20z_choroba_nowotworowa.](http://www.sokrates.rzeszow.pl/pliki/Bol_20u_pacjentow_20z_choroba_nowotworowa)

5. Zajączkowska R, Wordliczek J, Leppert W. Mechanizmy i zespoły bólu neuropatycznego u chorych na nowotwór. *Med. Paliat.* 2014; 8(2): 66–73.
6. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Podstawowe zasady farmakoterapii bólu u chorych na nowotwory i inne przewlekłe, postępujące, zagrażające życiu choroby. *Med Paliat.* 2014; 6(1): 1–6.
7. Kotlińska-Lemieszek A, Bączyk E, Deskur-Śmielecka E, et al. Bóle u pacjenta z chorobą nowotworową - diagnoza kliniczna jako warunek prawidłowego postępowania. *Now Lek.* 2011; 80(1): 16–21.
8. Starowicz M Ból nowotworowy *Ogólnopol Prz Med.* 2010; 5: 26–29.
9. Rudowska J. Management of breakthrough pain due to cancer. *Contemp Oncol (Pozn).* 2012; 16(6): 498–501, doi: [10.5114/wo.2012.32481](https://doi.org/10.5114/wo.2012.32481), indexed in Pubmed: [23788935](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23788935/).
10. Leppert W, Majkowicz M. Adaptacja Karty Oceny Bólu Memorial (Memorial Pain Assessment Card) do warunków polskich: propozycja standardowego narzędzia służącego do oceny bólu i monitorowania leczenia bólu u chorych na nowotwory - doniesienie wstępne. *Med. Paliat.* 2011; 3(4): 207–2013.
11. Lisowska B, Smolak A, Wielgus M. Ocena pracy personelu medycznego w oddziale pooperacyjnym przez pacjentów po operacjach ortopedycznych. *Anest Ratow.* 2014; 8: 310–320.
12. Tałaj A, Suchorzewska J. Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych. *Probl Pielęg.* 2007; 15(1): 32–38.
13. Basińska MA, Andruszkiewicz A. Lokalizacja kontroli bólu a strategie radzenia sobie z bólem przewlekłym u pacjentów leczonych z powodu raka płuc i raka jelita grubego. *Psychoonkologia.* 2014; 18(2): 43–50.
14. Kulpa M, Stypuła-Ciuba B. Ból nowotworowy i uciążliwość objawów somatycznych a jakość życia u pacjentów z chorobami nowotworowymi. *Med Paliat.* 2013; 5(4): 171–179.
15. Szczudłowski B, Płaszewska-Żywko L. Lokalizacja i natężenie bólu u chorych po zabiegach kardiochirurgicznych. *Piel Chir Angiol.* 2012; 4: 161–166.
16. Grabska K, Stefańska W. Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. *Probl Pielęg.* 2009; 17(1): 8–12.
17. Czarnecka MS, Tylka J. Cechy osobowości a ocena i strategie radzenia sobie z bólem. *Ból.* 2010; 11(1): 9.
18. Ponczek D, Piotrowska K, Felsmann M. wsp.). Percepcja bólu u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol.* 2012; 1: 13–19.