

## ARTYKUŁ ORYGINALNY / ORIGINAL PAPER

Otrzymano/Submitted: 26.02.2018 • Zaakceptowano/Accepted: 21.03.2018

© Akademia Medycyny

**Skuteczność leczenia przeciwbólowego u pacjentek po cięciu cesarskim*****Effectiveness of pain management after cesarean section*****Nela Kameduła, Grażyna Bączek, Ewa Dmoch-Gajzlerska**

Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

**Streszczenie**

**Wstęp.** Leczenie bólu pooperacyjnego to jeden z najbardziej istotnych aspektów opieki pooperacyjnej nad kobietą po cięciu cesarskim. Prawidłowe postępowanie zapewnia jej możliwość szybkiego podjęcia opieki nad dzieckiem oraz zainicjowania karmienia piersią. Ważną kwestię stanowi odpowiedni dobór leków dla kobiet karmiących naturalnie. **Cel pracy.** Celem pracy była próba oceny skuteczności leczenia przeciwbólowego u pacjentek po cięciu cesarskim w warszawskich szpitalach. **Material i metody.** Badaniem sondażowym objęto 256 kobiet, które w ciągu ostatnich 6 miesięcy urodziły dziecko w jednym z warszawskich szpitali, nie wcześniej jednak niż w 37 tygodniu ciąży. **Wyniki.** Respondentki najczęściej oceniały dolegliwości bólowe na 8 punktów w skali VAS (18%). 96,9% respondentek w dniu cięcia cesarskiego otrzymywało leki przeciwbólowe dożylnie, w kolejnych dobach zaś 44,1%, 87,1% respondentek zażywało w kolejnych dobach leki doustne. 78,5% badanych stwierdziło, że członkowie personelu medycznego pytali o dolegliwości bólowe i chęć przyjęcia leków przeciwbólowych. Leczenie przeciwbólowe w dniu operacji było skuteczne dla 93,8% badanych. Zaledwie 9,4% respondentek odniosło wrażenie, że niechętnie podawano im leki przeciwbólowe. **Omówienie.** Ból pooperacyjny to jeden z największych problemów pacjentek po cięciu cesarskim, dlatego tak ważne jest skuteczne jego zwalczanie. Personel powinien służyć pomocą w zakresie oceny natężenia dolegliwości bólowych oraz podaży leków. **Wnioski.** W warszawskich szpitalach występuje wysoki poziom skuteczności leczenia przeciwbólowego położnic po cięciu cesarskim. Personel warszawskich szpitali rozumie znaczenie leczenia przeciwbólowego po cięciu cesarskim. *Anestezjologia i Ratownictwo 2018; 12: 45-51.*

*Słowa kluczowe: cięcie cesarskie, postępowanie przeciwbólowe, leczenie bólu pooperacyjnego, karmienie piersią*

**Abstract**

**Background.** Effective pain management after cesarean section is one of the most significant parts of postoperative care. Optimal pain control leads to early initiation of breastfeeding and infant bonding. It is very important to choose drugs which are compatible with breastfeeding. **Aim of study.** The main aim of this study is to assess how effective is the postoperative pain management after cesarean section. **Material and methods.** The research covered 256 women who, for the last 6 months, have undergone cesarean section in one of the hospitals under study, but not sooner than in the thirty seventh week of gestation. **Results.** The biggest part of women assessed their pain for 8 VAS points (18%). In the operation day 96.9% of women received intravenous analgesia. In next days the percentage was 44.1% for intravenous analgesia and 87.1% for oral analgesia. Majority of the women assessed postoperative pain management as effective (93.8%). More than 70% admitted that medical staff members assessed postoperative pain and offered analgetics. **Discussion.** Postoperative pain is one of the most significant problems of women who undergo cesarean section. Pain control is very important part of post-cesarean management. Medical

staff members should offer help in assessment and control of postoperative pain. **Conclusions.** Post-cesarean pain management is effective in hospitals situated in Warsaw. Medical staff members understand the importance of effective pain management. *Anestezjologia i Ratownictwo 2018; 12: 45-51.*

*Keywords: cesarean section, pain management, postoperative pain control, breastfeeding*

## Wstęp

Ból pooperacyjny, dyskomfort i ograniczona mobilność to jedne z największych problemów matek po cięciu cesarskim. Wiele publikacji zwraca uwagę na negatywny wpływ bólu na laktację, stan emocjonalny kobiety oraz na wzajemne oddziaływania między tymi czynnikami. Autorzy zgodnie podkreślają, jak ważne jest zwrócenie szczególnej uwagi na skuteczne leczenie bólu pooperacyjnego. W przypadku matek po cięciu cesarskim jest to szczególnie ważne, gdyż dobre samopoczucie jest niezbędne do podjęcia opieki nad noworodkiem oraz wdrożenia działań mających na celu udane karmienie piersią [1-4]. Dodatkowym czynnikiem jest konieczność wczesnego uruchomienia pacjentek po cięciu cesarskim celem zapobieżenia żylnej chorobie zakrzepowo-zatorowej [5].

Jeszcze kilkadziesiąt lat temu podstawową rolę w leczeniu bólu po cięciu cesarskim odgrywały leki opioidowe [5]. W ostatnich latach nastąpił jednak ogromny postęp medycyny, co spowodowało diametralną zmianę w sposobach znieczulania kobiet do operacji, a także samej technice wykonywania cięcia cesarskiego. Wiąże się to z jednoczesną zmianą metod uśmierzania bólu pooperacyjnego.

Wybierając leki przeciwbólowe dla położnicy po cięciu cesarskim należy zwrócić uwagę na fakt przechodzenia leku do pokarmu oraz wywieranie skutków ubocznych u matki i dziecka [6]. Należy również pamiętać, by lek podawany był zawsze z wyprzedzeniem, nie zaś dopiero w momencie, gdy ból jest maksymalnie nasilony. Dobrą praktyką jest rozpisywanie leków na konkretne godziny, unikając narażenia pacjentki na okresy, gdy jest zupełnie pozbawiona działania leków przeciwbólowych. Nie powinno się również ograniczać podawania leków tylko do zerowej i pierwszej doby po operacji. W kolejnych dniach pacjentka czuje się lepiej, nie wymaga już stosowania tak dużych dawek silnych leków jak w początkowym okresie, lecz wciąż narażona jest na odczuwanie dolegliwości bólowych. W pierwszej dobie wciąż można podawać jej leki dożylnie, a w kolejnych doustnie. Należy wyказаć troskę

o samopoczucie pacjentki, uświadamiając jej wielką wagę leczenia przeciwbólowego po cięciu cesarskim i możliwość poproszenia o podanie dodatkowego leku w miarę potrzeby [1].

Polskie autorki jako skuteczny i bezpieczny lek wymieniają paracetamol [3,7,8]. Bezpośrednio po cięciu cesarskim jest on podawany pacjentkom dożylnie. Gdy zaś ich stan ulega polepszeniu, można zacząć podawać lek drogą doustną. Kolejnym wymienianym lekiem jest diklofenak w czopkach doodbytniczych, który wykazuje skuteczne działanie w połączeniu z paracetamolem. Możliwe jest również podawanie pacjentkom ketoprofenu lub ibuprofenu [3,7,8]. Wśród autorów panuje niezgodność w kwestii stosowania metamizolu. Krychowska-Ćwikła jest zdania, że można go podawać matkom po cięciu cesarskim, Szyber i Chmielewska oraz Paulus twierdzą, że jest to przeciwwskazane [3,7,8].

Kontrowersyjną grupą leków są opioidy. W niektórych artykułach spotkać można pogląd, iż należy je stosować ostrożnie i w najmniejszych możliwych dawkach [7,8]. Można jednak znaleźć również odmienne opinie na ten temat. Sujata i Hanjoora stwierdzają, że niesteroidowe leki przeciwzapalne i paracetamol są niewystarczające, aby podawać je samodzielnie. Za złoty standard uznają dooponowe stosowanie morfiny wraz z dodatkową podażą paracetamolu lub niesteroidowego leku przeciwzapalnego [9]. Światowa Organizacja Zdrowia oraz Amerykańskie Stowarzyszenie Bólu również zalecają jednoczesne stosowanie przynajmniej dwóch środków przeciwbólowych o różnych schematach działania w postępowaniu mającym na celu uśmierzanie bólu pooperacyjnego [10]. Rosiński i wsp. z kolei jako standard obowiązujący w ich ośrodku podają stosowanie analgezji multimodalnej, opartej na połączeniu podskórnej podaży morfiny oraz dożylnego stosowania paracetamolu. Zdaniem autorów przekonanie o szkodliwym wpływie opioidów na matkę i noworodka jest mylne. Konieczne jest jednak unikanie podawania dużych dawek, które mogą spowodować działania niepożądane [11]. Amerykańska Akademia Pediatrii jest natomiast zdania, że morfina,

fentanyl i butorfanol są lekami opioidowymi bezpiecznymi dla matek karmiących [4]. Kuczkowski zwraca uwagę na fakt, iż opioidy są grupą leków znacznie bardziej kumulującą się w mleku dojrzalym, aniżeli w sianie [4]. Opisywaną w literaturze metodą podaży leków opioidowych jest Analgezia Sterowana przez Pacjenta (ang. Patient-Controlled Analgesia – PCA). Wówczas pacjentka może dozować ilość podawanego leku adekwatnie do bieżących dolegliwości bólowych. Oczywiście podczas tej procedury zachowane są środki ostrożności, które uniemożliwiają pacjentkom przyjęcie zbyt dużej dawki leku. Opisywana jest wysoka skuteczność metody powiązana z wysoką satysfakcją pacjentek [5,12,13].

Ważnym czynnikiem podczas stosowania terapii przeciwbólowej jest wzięcie pod uwagę indywidualnych cech pacjentki. Każda z nich prezentuje bowiem inny sposób przeżywania bólu i radzenia sobie z nim. Pomocne może okazać się zebranie wywiadu od pacjentki i dowiedzenie się, czy jest ona przyzwyczajona do przyjmowania dużych dawek leków przeciwbólowych. Kobiety powinny być również edukowane już w okresie ciąży. Należy uświadamiać je co do możliwości zaistnienia silnego bólu po operacji i metod jego leczenia. Normą winna być możliwość zadawania pytań personelowi medycznemu i uzyskanie informacji na temat różnych metod analgezji [14].

Niemniej ważny jest wpływ czynników emocjonalnych na natężenie bólu pooperacyjnego. Zostało udowodnione, że matki, które podejmują wczesny kontakt ze swoimi dziećmi oraz pozostają z nimi w ciągłej styczności, zgłaszają mniejszą potrzebę zażywania środków przeciwbólowych. Łatwiej jest im skupić uwagę na kwestiach innych niż ból i własne samopoczucie. W związku z tym należy objąć szczególną opieką kobiety, które zostały odseparowane od dzieci. Mogą one zgłaszać silne dolegliwości oraz wykazywać większą labilność emocjonalną. Stres i brak poczucia pewności siebie również nie pozostają bez wpływu na poziom natężenia bólu. Radość i samozadowolenie spowodowane odniesieniem sukcesu w karmieniu piersią niewątpliwie przyczynią się do słabszego odczuwania dolegliwości bólowych przez matkę [3,8]. Biorąc pod uwagę wymienione wcześniej czynniki nie sposób nie wspomnieć o tym, że skuteczne leczenie bólu pooperacyjnego wymaga ścisłej współpracy wszystkich członków zespołu interdyscyplinarnego [15].

Popularną i skuteczną metodą oceny dolegliwości bólowych pacjenta oraz skuteczności terapii przeciwbó-

lowej jest stosowanie skali VAS (*Visual Analogue Scale*). Jest to dziesięciostopniowa skala liczbowa, w której 0 oznacza brak dolegliwości, zaś 10 najsilniejszy ból w życiu. Za punkt odcięcia uważana jest liczba 4, ponieważ 85% pacjentów zgłaszających ból umiarkowany ocenia go powyżej liczby 3 [16].

## Cel pracy

Celem pracy była próba oceny skuteczności leczenia przeciwbólowego u pacjentek po cięciu cesarskim w warszawskich szpitalach.

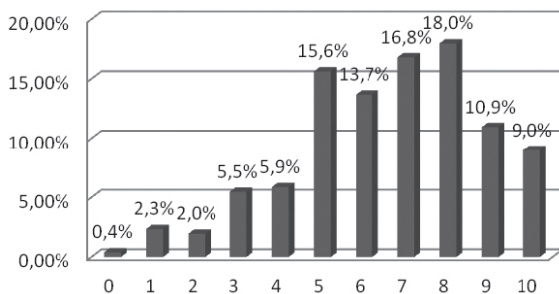
## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w 2017 r. z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego. Za narzędzie badawcze posłużył samodzielnie skonstruowany anonimowy kwestionariusz ankiety, który zawierał pytania dotyczące leczenia przeciwbólowego po cięciu cesarskim. Przebadano 256 kobiet, które w okresie ostatnich 6 miesięcy w jednym z warszawskich szpitali urodziły dziecko w wyniku cięcia cesarskiego, nie wcześniej jednak niż w 37 tygodniu ciąży. Ankietę wypełniały pacjentki przebywające na szpitalnych oddziałach położniczo-noworodkowych. Kryterium doboru ośrodków stanowiła możliwość uzyskania zgody dyrekcji na prowadzenie badań. Równolegle udostępniane były kwestionariusze elektroniczne o tej samej treści. Wypełniały je internautki, członkinie grup na portalach społecznościowych zraszających matki po cięciu cesarskim. Wszystkie badane udzieliły świadomej zgody na udział w badaniu. W celu opracowania wyników wykorzystano program Microsoft Office Excel. Celem stwierdzenia czy występuje korelacja między poszczególnymi zmiennymi wykorzystano korelację r-Pearsona. Z kolei test t-Studenta wykorzystano w celu zbadania istotności korelacji. Za poziom istotności przyjęto  $\alpha < 0,05$ , zaś hipoteza zerowa o braku korelacji między zmiennymi zostanie odrzucona, gdy  $p_1 < \alpha$ .

## Wyniki

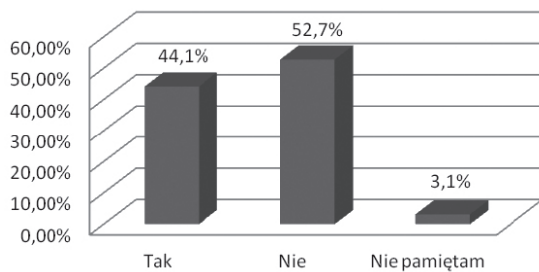
W 54,3% przypadków cięcie cesarskie zostało wykonane w trybie nagłym, pozostałe to cięcia planowe. U znacznej większości respondentek (92,2%) zastosowano znieczulenie przewodowe, pozostałe były znieczulone ogólnie.

Respondentki poproszone zostały o ocenę dolegliwości bólowych po cięciu cesarskim w skali od 1 do 10 (skala VAS). Najwięcej z nich (18%) oceniło intensywność bólu na 8. Niewiele mniej wybrało jednak liczbę 7 (16,8%) oraz 5 (15,6%). Nasilenie bólu na 10 oceniło zaledwie 9% ankietowanych, zaś na 9 - 10,9%. Dolegliwości bólowe nisko oceniało stosunkowo niewiele pacjentek. 1 wybrało 2,3%, 2 zaznaczyło 2%, zaś 0 zaledwie 0,4% (rycyna 1). 96,9% respondentek w dniu cięcia cesarskiego otrzymywała leki przeciwbólowe dożylnie. W kolejnych dobach dożylne leki przeciwbólowe otrzymywała 44,1% ankietowanych, zaś 52,7% ich nie otrzymywała. Leki doustne przyjmowała zaś 87,1% respondentek (ryciny 2 i 3).

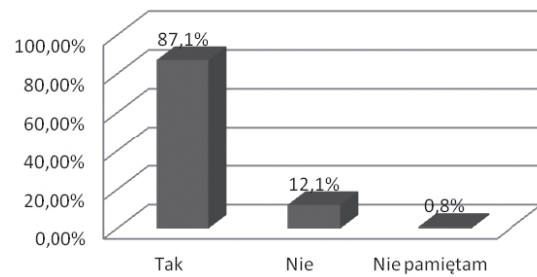


Rycina 1 Ocena bólu w skali VAS (N = 256)  
Figure 1. VAS scale pain assessment (N = 256)

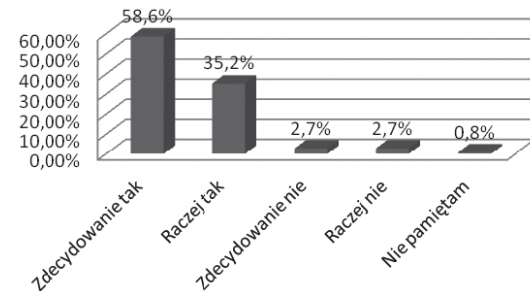
58,6% ankietowanych zadeklarowało, że leki przeciwbólowe podawane w dniu cesarskiego cięcia były skuteczne, zaś 35,2%, iż raczej były skuteczne. Po zsumowaniu tych wyników można stwierdzić, że leczenie przeciwbólowe w dniu operacji było skuteczne dla 93,8% badanych (rycyna 4).



Rycina 2. Stosunek do stwierdzenia *W kolejnych dobach otrzymywałam dożylne leki przeciwbólowe* (N = 256)  
Figure 2. Attitudes to statement *In next days I received intravenous analgesia* (N = 256)

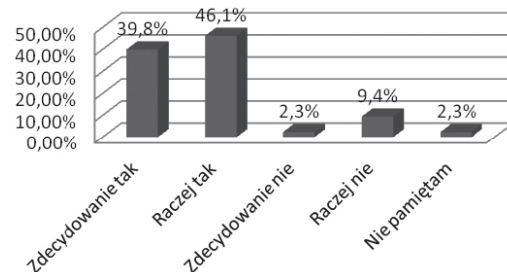


Rycina 3. Stosunek do stwierdzenia *W kolejnych dobach otrzymywałam doustne leki przeciwbólowe* (N=256)  
Figure 3. Attitudes to statement *In next days I received oral analgesia* (N = 256)



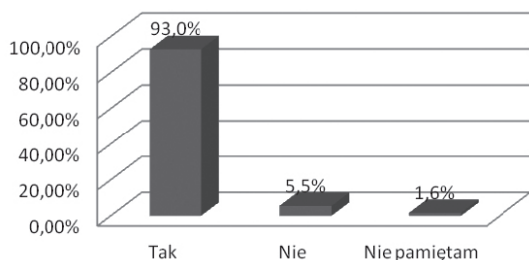
Rycina 4. Stosunek do stwierdzenia *Leki przeciwbólowe podawane mi w dniu cięcia cesarskiego były skuteczne* (N = 256)  
Figure 4. Attitudes to statement *In the operation day I received effective analgetics* (N = 256)

39,8% badanych zadeklarowało, że leki przeciwbólowe, które otrzymywały w kolejnych dobach były skuteczne, zaś 46,1%, stwierdziło, że *raczej tak*. 9,4% ankietowanych odpowiedziało, iż *raczej nie* (rycyna 5).



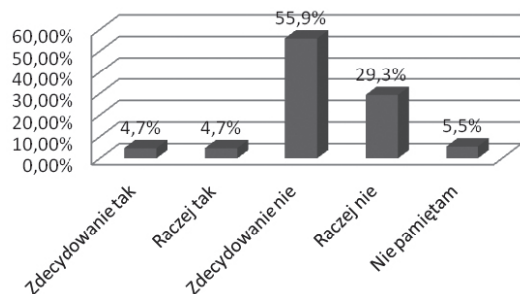
Rycina 5. Stosunek do stwierdzenia *Leki przeciwbólowe, które otrzymywałam w kolejnych dobach były skuteczne* (N = 256)  
Figure 5. Attitudes to statement *In next days I received effective analgetics* (N = 256)

93% ankietowanych wiedziało, iż może prosić personel o podanie leków przeciwbólowych (rycina 6). 9,4% respondentek odniosło wrażenie, że niechętnie podawano im leki przeciwbólne (suma odpowiedzi *zdecydowanie tak* i *raczej tak*). 85,2% nie odniosła takiego wrażenia (suma odpowiedzi *zdecydowanie nie* i *raczej nie*) (rycina 7).



Rycina 6. Stosunek do stwierdzenia *Wiedziałam o tym, że mogę prosić personel o podanie leków przeciwbólowych* (N=256)

Figure 6. Attitudes to statement *I was conscious of the fact I can ask medical staff members to administer analgetics* (N=256)



Rycina 7. Stosunek do stwierdzenia *Niechętnie podawano mi leki przeciwbólne* (N = 256)

Figure 7. Attitudes to statement *Medical staff members were reluctant to administer analgetics* (N = 256)

Wykazano, że respondentki, które oceniły ból w dobie zerowej powyżej 3 w skali VAS jednocześnie istotnie częściej stwierdzały, że leki przeciwbólne były nieskuteczne ( $P_1 = 0,00012$ ). Przeanalizowany został również związek między doustną lub dożylną drogą podania leków przeciwbólowych w kolejnych dobach po cięciu cesarskim, a oceną ich skuteczności. Współczynnik  $P_1 = 0,089$  większy od przyjętego poziomu istotności nie pozwala na stwierdzenie, czy

istnieje korelacja między obiema zmiennymi.

Nie można również wnioskować o korelacji między oceną skuteczności leczenia przeciwbólowego w dobie zerowej, a tym, czy personel niechętnie podawał pacjentkom leki przeciwbólne ( $P_1 = 0,1395$ ).

Zbadano czy osoby, które wiedziały, iż mogą prosić personel o podanie dodatkowych leków przeciwbólowych jednocześnie częściej oceniały leczenie przeciwbólne w dniu cięcia cesarskiego jako skuteczne. Uzyskany wynik wskazuje na brak dostatecznej istotności statystycznej dla tej korelacji z próby ( $P_1 = 0,858$ ). Wyniki przedstawiono zbiorczo w tabeli I.

## Omówienie

Fiedler podaje, że ból jest jednym z podstawowych problemów, z którymi borykają się kobiety po porodzie operacyjnym. Zaburza on funkcjonowanie i uniemożliwia wykonywanie podstawowych czynności, między innymi związanych z karmieniem naturalnym dziecka. Leczenie bólu pooperacyjnego jest zatem jednym z najważniejszych aspektów opieki nad położnicą po cięciu cesarskim [2].

W badaniu własnym respondentki najczęściej oceniały nasilenie dolegliwości bólowych na 8 punktów (18%). 89,9% oceniło ból w zakresie od 4 do 10. Zaledwie 10,2% ankietowanych zgłosiło dolegliwości bólowe między 0 a 3 w skali VAS. Podobne wyniki uzyskano w szwedzkim badaniu, którego uczestniczki zostały poddane ocenie dolegliwości bólowych w skali VAS po porodzie operacyjnym. Wybierały one w większości wysokie wartości. W przedziale 4-10 oceniło ból 83% ankietowanych po planowym cięciu cesarskim i 74% po cięciu cesarskim w trybie nagłym [2].

Royal College of Anaesthetists, brytyjska organizacja zrzeszająca anestezjologów, zasugerowała, iż ponad 90% kobiet powinno oceniać dolegliwości poniżej 3 w skali VAS. Standard ten zakwestionowali Noblet i Plaat twierdząc, że jest on niemożliwy do zrealizowania. Jako dowód przedstawili wyniki oceny bólu w skali VAS uzyskane w toku badań w różnych placówkach. Były one znacznie wyższe niż te, które zaleca osiągać Royal College of Anaesthetists. Jednocześnie satysfakcja pacjentek plasowała się na bardzo wysokim poziomie [17,18].

Bardzo podobne wyniki uzyskano w badaniu własnym, w którym zaledwie 4,7% respondentek oceniło nasilenie dolegliwości bólowych poniżej 3. Jednocześnie 93,8% badanych stwierdziło, że leki prze-

Tabela I. Korelacja między poszczególnymi zmiennymi a oceną leczenia przeciwbólowego w kolejnych dobach po cięciu cesarskim

Table I. Correlation between individual variables and pain management assessment in next days after cesarean section

Zmienne	Ocena skuteczności leczenia przeciwbólowego		
	Liczebność	Współczynnik korelacji liniowej Pearsona	Poziom istotności
Ocena bólu w skali VAS	N = 261	0,236	$P_1 = 0,00012$
Dożylna droga podania leków w kolejnych dobach	N = 261	0,105	$P_1 = 0,089$
Nastawienie personelu medycznego	N = 261	0,092	$P_1 = 0,1395$
Świadomość możliwości poproszenia o dodatkowe leki przeciwbólowe	N = 261	0,11	$P_1 = 0,858$

ciwbólowe stosowane w dniu cięcia cesarskiego były skuteczne. Bardzo ważnym aspektem wydaje się być brak występowania korelacji między oceną bólu w skali VAS, a oceną skuteczności leczenia przeciwbólowego. Respondentki, które oceniły ból w dniu cięcia cesarskiego powyżej 3 w skali VAS, wcale nie stwierdzały częściej, że leczenie przeciwbólowe było nieskuteczne. Wydaje się to być kolejny czynnik potwierdzający, iż wytyczne Royal College of Anaesthetists są niemożliwe do wprowadzenia w życie [17,18]. Warto zwrócić uwagę na fakt, że czas połogu jest okresem specyficznym, kiedy to na odczucia pacjentek wpływa wiele zmiennych. W organizmie kobiety zachodzą gwałtowne zmiany hormonalne, na które nakładają się silne emocje związane ze znalezieniem się w nowej sytuacji. Są to niejednokrotnie uczucia sprzeczne, jednocześnie kobiecie towarzyszy lęk o noworodka, uczucie zmęczenia, a zarazem wielka radość spowodowana faktem narodzin dziecka i rozwijające się uczucie miłości do niego. Czynniki te nie występują u innych pacjentów, dlatego też ocena dolegliwości bólowych dokonana przez kobiety po cięciu cesarskim może znacząco różnić się od oceny dokonanej przez pacjentów po innych rodzajach operacji. Czynnikiem wartym uwagi może być również fakt niezrozumienia istoty skali VAS przez pacjentki. Celem sprawdzenia słuszności tej hipotezy w kolejnych badaniach słuszne może okazać się przyjęcie skali numerycznej NRS (*Numeric Rating Scale*), by wyeliminować ewentualne błędy związane ze stosowaniem skali VAS [19].

Prawie wszystkie respondentki (96,6%) w dniu cięcia cesarskiego otrzymywały dożylnie leki przeciwbólowe. Na podstawie uzyskanych wyników można więc stwierdzić, że leczenie bólu w dniu operacji przebiegało w sposób satysfakcjonujący, co pokrywa się z opiniami respondentek. W kolejnych dobach leki

doustne zażywała zdecydowana większość ankietowanych (87,1%), dożylnie zaś zaledwie 44,1%. Zmiana drogi podania leków wydaje się być uzasadniona wraz z upływem kolejnych dobie od wykonania operacji. Uznane jest bowiem wykorzystanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych i prostych analgetyków, występujących w formie tabletek, w dalszych dobach po cięciu cesarskim [20]. Warto jednak zauważyć, że leki w obydwu postaciach otrzymywała niespełna połowa respondentek. Czajka i wsp. w toku przeprowadzonych badań wykazali zaś, że najskuteczniejszym schematem terapii przeciwbólowej w dalszych dobach po cięciu cesarskim jest stosowanie leczenia skojarzonego z uwzględnieniem różnych dróg podania analgetyków [20]. W przypadku uczestniczek badania własnego schemat ten nie był szeroko stosowany. Pomimo tego 85,5% z nich uznało leczenie przeciwbólowe w dalszych dobach po operacji za skuteczne. Co więcej, nie stwierdzono by respondentki, które w dobach kolejnych otrzymywały analgetyki dożylnie jednocześnie wyżej oceniały ich skuteczność. Prawie wszystkie respondentki wiedziały, że mogą zwrócić się do członków personelu medycznego z prośbą o podanie leków przeciwbólowych. Większość stwierdziła, iż pytano je o nasilenie bólu i chęć przyjęcia leków. Niespełna 10% ankietowanych odniosło wrażenie, że niechętnie podawano im środki przeciwbólowe. W odniesieniu do wyników uzyskanych w badaniu własnym można stwierdzić, że personel rozumie znaczenie leczenia przeciwbólowego po cięciu cesarskim. Jednocześnie w badaniu własnym nie stwierdzono korelacji pomiędzy wymienionymi czynnikami a oceną bólu w skali VAS oraz oceną skuteczności leków przeciwbólowych. Podobne wyniki uzyskała w swoim badaniu Makara Studzińska i wsp. Wyniki tego badania również wskazują na to, że personel służył respondentkom wspar-

ciem i w 95,5% przypadków chętnie podawał im leki przeciwbólowe [21].

## Wnioski

1. W warszawskich szpitalach występuje wysoki poziom skuteczności leczenia przeciwbólowego położnic po cięciu cesarskim.
2. Personel warszawskich szpitali rozumie znaczenie leczenia przeciwbólowego po cięciu cesarskim.
3. Wysoka ocena bólu w skali VAS nie koreluje z niską oceną skuteczności leczenia przeciwbólowego po cięciu cesarskim.
4. Droga podania leków przeciwbólowych w kolejnych dobach nie ma wpływu na ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego po cięciu cesarskim.
5. Świadomość pacjentek dotycząca możliwości poproszenia o dodatkowe leki przeciwbólowe oraz nastawienie personelu do podaży analgetyków nie koreluje z oceną skuteczności leczenia przeciwbólowego.

Konflikt interesów / Conflict of interest  
Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Grażyna Bączek, Nela Kameduła  
Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej  
ul. Żwirki i Wigury 81; 02-091 Warszawa  
☎ (+48 22) 572 07 02  
✉ nelakamedula@gmail.com

## Piśmiennictwo

1. Dmoch-Gajzlerska E, Rabiej M. Opieka położnej nad kobietą i jej dzieckiem po cięciu cesarskim. *Położ Nauka Prakt.* 2014;2(26):50-4.
2. Fiedler C, Determining the influencing factors of a caesarean section birth on breastfeeding. *Evid Based Midwife.* 2016;14(2):57-63.
3. Szyber B, Chmielewska D. Karmienie dzieci po cięciu cesarskim. *Położ Nauka Prakt.* 2010;3(11):44-50.
4. Kuczkowski KM. Post-cesarean analgesia: quo vadis? *Anest i Ratow.* 2010;4:296-303.
5. Ismail S. What is new in postoperative analgesia after caesarean section. *Anaesth Pain Intens Care.* 2012;16:123-6.
6. Osuch K. Karmienie piersią po cięciu cesarskim. *Mag Pielęg Położ.* 2012;11:34-5.
7. Krychowska-Ćwikła A. Przebieg porodu po cięciu cesarskim. *Położ Nauka Prakt.* 2013;1(21):50-3.
8. Pawlus B. Wczesny kontakt i karmienie piersią po cięciu cesarskim. *Pielęg Położ.* 2006;6:19-22.
9. Sujata N, Hanjoo VM. Pain Control After Cesarean Birth – What are the Options? *J Gen Pract.* 2014;2(4):2-4.
10. Woron J, Engel Z, Filipczak-Bryniarska I, Wordliczek J. Skojarzona farmakoterapia bólu, czyli o zasadach racjonalnej politerapii bólu. *Anest i Ratow.* 2012;6:89-93.
11. Rosiński T, Chutkowski R, Kręczo P. Wpływ obustronnej poprzecznej blokady ściany brzucha po cięciu cesarskim w znieczuleniu podjączynówkowym na natężenie bólu pooperacyjnego i zapotrzebowanie na morfinę podawaną podskórnie w analgezji pooperacyjnej. Doświadczenia własne. *Post Nauk Med.* 2014;27(5):308-12.
12. Sutton CD, Carvahlo B. Optimal Pain Management after Cesarean Delivery. *Anesthesiol Clin.* 2017;35(1):107-24.
13. Saracoglu A, Saracoglu K.T, Umuroglu T. The Effectivity of Fentanyl versus Tramadol as Intravenous Patient-Controlled Analgesia after Cesarean Section. *Adv Clin Exp Med.* 2010;19(6):739-43.
14. Sridhar G. Post caesarean delivery pain management. *Int J Obstet Anesth.* 2007;16(2):186.
15. Mędrzycka-Dąbrowska W, Ogrodniczuk M, Dąbrowski S. Udział pielęgniarki w procesie terapii bólu pooperacyjnego – część I. *Anest Ratow.* 2012;6(2):221-7.
16. Collins SL, Moore AR, McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimeters? *Pain.* 1997;72(1-2):95-7.
17. Dasari K, Pateman J, Sparkes S. Raising the standard... to unachievable heights? *Anaesthesia* 2010;65:409-19.
18. Chauhan M, Hart E, Hickman N. Raising the standard... to unachievable heights? *Anaesthesia.* 2010;65:409-19.
19. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res.* 2011;63:240-52.
20. Czajka R, Torbé A, Kwiatkowski S, Rzepka R, Łodziatko-Kheder M. Ocena skuteczności leczenia bólu po cięciu cesarskim z użyciem diklofenaku i paracetamolu- doniesienie wstępne. *Perinatol Neonatol Ginekol.* 2009;2(1):50-2.
21. Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Podstawka D i wsp. Opieka personelu medycznego oddziałów położniczych nad kobietą i noworodkiem w ocenie pacjentek. *Med Og Nauk Zdr.* 2013;19(3):288-93.