

تأثیر پایش و مداخله سیستماتیک درد به عنوان پنجمین علامت حیاتی بر میزان رضایت

بیماران از نحوه کنترل درد بعد از عمل جراحی شکمی

حمیده یزدی مقدم^{*}، ربابه معماریان^آ و دکتر عیسی محمدی^ب

خلاصه

مقدمه: سالیانه بیش از صدها میلیون نفر در سراسر جهان تحت عمل جراحی قرار می گیرند و درد پس از عمل را تجربه می کنند. به طوری که درد یکی از بیشترین مشکلات تشخیص داده شده در پرستاری به ویژه در بخش های جراحی است. هدف این پژوهش تعیین میزان اثر پایش و مداخله سیستماتیک درد توسط پرستاران بر میزان رضایت بیماران تحت عمل جراحی شکمی می باشد.

روش: در این پژوهش نیمه تجربی نمونه های بررسی شده شامل بیماران بستری کاندید عمل جراحی در بخش جراحی دو بیمارستان امداد شهید بهشتی سبزوار می باشند، که بر اساس توزیع پوآسون و با توجه به مشخصات نمونه (سن ۶۵-۱۵ سال و...) در مدت یک ماه جمع آوری گردید (گروه آزمون ۶۰ بیمار و گروه شاهد ۶۵ بیمار). ابزار پژوهش مشتمل بر پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک و بررسی درد و پرسش نامه بررسی رضایت از مراقبت های پرستاری کنترل درد و ابزار دیداری کنترل درد (۱۰-۰) می باشد. ابتدا نمونه گیری گروه شاهد انجام شد، و پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک تکمیل گردید. سپس اجرای مداخله به صورت ۳ جلسه ۶۰ تا ۴۵ دقیقه برنامه آموزشی توجیهی برای پرسنل پرستاری بخش جهت اجرای پایش و مداخله سیستماتیک درد به عنوان پنجمین علامت حیاتی اجرا شد و به مدت یک ماه برای ۶۰ بیمار کاندید عمل جراحی در گروه آزمون این روند مراقبتی اجرا گردید. سپس رضایت بیماران در هر دو گروه یک بار در ۲۴ ساعت اول بستری و بار دیگر در ۷۲ ساعت بعد از پذیرش تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل آماری از طریق نرم افزار SPSS صورت گرفت.

یافته ها: هر دو گروه شاهد و آزمون از نظر عوامل مداخله گر مانند سن، جنس، نوع عمل جراحی یکسان می باشند (P> ۰/۰۵). نتایج نشان داد که ۹۸ درصد بیماران گروه شاهد از کنترل درد به طور سیستماتیک در ۲۴ ساعت اول ناراضی، ۲ درصد نسبتاً راضی، و در ۷۲ ساعت بعد ۷۱ درصد ناراضی و ۲۹ درصد نسبتاً راضی بودند. در گروه آزمون ۹۴ درصد بیماران در ۲۴ ساعت اول از کنترل درد به طور سیستماتیک نسبتاً راضی، ۶ درصد راضی و در ۷۲ ساعت بعد ۶۵ درصد نسبتاً راضی و ۳۵ درصد راضی بودند. آزمون تی مستقل (P< ۰/۰۵) بین میزان رضایت ۲۴ ساعت اول و ۷۲ ساعت بعد در دو گروه شاهد و آزمون تفاوت معنی داری نشان می دهد.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این پژوهش، پایش و مداخله سیستماتیک درد توسط پرستار می تواند باعث افزایش رضایت بیماران جراحی شکمی گردد، چرا که با برآورده کردن رضایت بیماران می توان آنها را در امر مراقبت و درمان مشارکت داده، آسایش بیشتری را برای بیماران تأمین نموده و بدین وسیله سلامت جامعه نیز ارتقاء خواهد یافت.

واژه های کلیدی: پایش و مداخله سیستماتیک درد (Pain Management)، درد، رضایت بیماران، اعمال جراحی شکمی

۱- مری، گروه اطاق عمل، دانشکده علوم پزشکی سبزوار ۲- مری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس ۳- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

* نویسنده مسؤول: دانشکده علوم پزشکی سبزوار • آدرس پست الکترونیک: ha_yazdimoghaddam@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۹/۲۰ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۵/۲/۲۷ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۳/۱۶

مقدمه

حیاتی بایستی بطور جدی در نظر گرفته شود (۲۲). به این صورت که سطح درد باید بررسی شده و هم زمان با کنترل دیگر علائم حیاتی (مثل فشارخون، نبض، تنفس و درجه حرارت) ثبت شده و سپس مداخله مورد نظر صورت گیرد (۲۱). در واقع پایش و مداخله سیستماتیک درد بهبودی را تسهیل کرده و باعث راحتی بیمار و کوتاه شدن طول مدت بستری می‌شود (۱۳). تأمین رضایت خاطر بیمار زمانی ممکن می‌گردد که او با برطرف شدن نیازهای اساسی احساس راحتی کند. در این صورت بیمار احساس رضایت از کنترل درد خواهد داشت (۵). بیماران معمولاً تا حدودی درد را طبیعی می‌دانند که البته گاهی به دلیل برخورد خوب پرستاران از ابراز آن خودداری می‌کنند (۱۰). یکی از استانداردها برای مقایسه عملکرد بیمارستان‌ها تعیین رضایت بیماران به خصوص از کنترل درد می‌باشد که باعث تسریع بهبودی و حساس بودن پرستاران به نیازهای بیماران و بهبود مدل‌های مراقبتی می‌شود (۱۴). در مورد رضایت بیماران تحقیقات زیادی انجام شده اما در مورد رضایت از تسکین درد تحقیقات اندکی صورت گرفته است که نشان‌دهنده بی‌توجهی به رضایت بیماران از کنترل درد می‌باشد. در حالی که رضایت بیماران از کنترل درد باعث مشارکت بیشتر آنان در امر مراقبت، تسریع بهبودی و کاهش طول مدت بستری می‌شود که در نتیجه کاهش بار اقتصادی هم برای بیمار و هم برای جامعه را به دنبال دارد (۱۴). در واقع جلب رضایت بیمار هدف اصلی تیم مراقبت بهداشتی است که به عنوان یک برنامه ارتقاء کیفیت در بیمارستان‌ها قابل اجرا است (۱۵). با توجه به مطالب گفته شده به نظر محقق درد رانه به عنوان یک "شکایت (Complain)" بلکه به عنوان یک "علامت هشداردهنده (Alarm)" باید در نظر گرفت، یعنی همان طوری که در فرآیند درمان و مراقبت به چهار علامت تنفس، ضربان قلب، درجه حرارت و فشار خون به عنوان شاخص‌های حیاتی و هشداردهنده، صرف‌نظر از شکایت یا طرح این مشکلات از سوی بیمار، توجه می‌شود، به درد نیز بایستی به عنوان پنجمین علامت حیاتی نگریست. در منابع پزشکی و پرستاری نیز بهتر است که از درد به جای یک "شکایت" به عنوان یک "علامت هشداردهنده حیاتی" یاد شود.

از زمانی که جراحی به عنوان یک روش درمانی مطرح شده است همیشه درد ناشی از آن مانع و مشکل اصلی همراه آن بوده و در نتیجه یک اولویت پرستاری بوده است (۱۹). تسکین درد اساس مراقبت‌های پرستاری است (۲) و بررسی‌ها نشان داده که کنترل مؤثر درد بعد از عمل جراحی بهبودی بیمار را تسریع کرده و طول مدت بستری شدن را کاهش می‌دهد. از آن جا که اندازه‌گیری درد به طور عینی در وضعیت بالینی امکان‌پذیر نمی‌باشد مجبور به استفاده از روش‌های کلامی - ذهنی در این زمینه می‌باشیم. (۷) نکته قابل اهمیت در مراقبت از بیمار دردمند این است که تمامی دردها حقیقی هستند، حتی هنگامی که دلیل مشخصی برای درد وجود نداشته باشد (۱). مک کافری اولین بار در سال ۱۹۶۸ بیان داشت که درد چیزی است که شخص تجربه‌کننده آن را مطرح می‌نماید و وجود درد بر اساس گفته بیمار مشخص می‌شود (۱۶). درد یک تجربه کاملاً شخصی است و به همین دلیل تنها کسی که می‌تواند دقیق‌ترین اطلاعات را در مورد درد به پرستار بدهد، خود بیمار است (۱۷). در مراکز بهداشتی در زمان پذیرش بیماران باید از آنها در مورد وجود درد و مشکلات مربوط به آن سؤال شود و بعد از بررسی اولیه، ارزیابی سیستماتیک درد در همه بیماران هنگام پذیرش انجام گیرد (۱۸). این امر در صورتی قابل اجرا است که درد به عنوان پنجمین علامت حیاتی پایش و کنترل شود تسکین درد با دارو زمانی مؤثر است که داروی مسکن قبل از به اوج رسیدن شدت درد به بیمار داده شود (۱۷). به هر حال گزارشات حاکی از آن است که معمولاً بیماران درد خود را گزارش نمی‌کنند و یا آنرا به صورتی ناقص و نادرست اعلام می‌نمایند. در یک مطالعه گذشته‌نگر، که در مرکز آموزشی آیت‌الله طالقانی بر روی ۵۰۰ بیماری که تحت اعمال جراحی گوناگون غیر اورژانس قرار گرفته بودند انجام شد، ۶۳/۱٪ بیماران از شرایط تسکین درد بعد از عمل رضایت نداشتند (۶). بر اساس استانداردهای کمیسیون تأیید کننده سازمان‌های ارائه خدمات بهداشتی (JCAHO) درد به عنوان پنجمین علامت حیاتی در نظر گرفته می‌شود که بایستی از زمان پذیرش تا ترخیص به طور منظم بررسی شود. چراکه معمولاً بیماران از خطرهای عدم بهبود درد آگاه نیستند و انتظار درد بعد از جراحی را دارند (۱۲). در سال ۱۹۹۵ کمبل از جامعه درد آمریکا مطرح کرد که در مراقبت بیماران پنج علامت

روش بررسی

پژوهشگر تکمیل گردید

این پژوهش یک تحقیق نیمه تجربی است که هدف از انجام آن، تعیین میزان اثر پایش و مداخله سیستماتیک درد توسط پرستاران بر میزان رضایت بیماران از نحوه کنترل درد بعد از جراحی شکمی است. افراد مورد مطالعه از بین بیماران بستری در بخش جراحی عمومی بیمارستان امداد شهید بهشتی سبزوار که دارای شرایط زیر بودند انتخاب شدند: بستری در بخش تا ۴۸ ساعت بعد از عمل، اعمال جراحی شکمی شامل آپاندکتومی، کوله سیستکتومی، هرنیورافی و هموروئید عدم سابقه جراحی قبلی، عدم سابقه اعتیاد به مواد مخدر، سن بین ۱۵ تا ۶۵ سال و دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن. حجم نمونه بر اساس توزیع پواسون طی یک دوره یک ماهه برای گروه شاهد ۶۵ بیمار و گروه آزمون ۶۰ بیمار برآورد شد. ابزارهای مورد استفاده جهت گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه مشخصات اطلاعات دموگرافیک (۹ سؤال)، پرسش‌نامه بررسی درد (۶ سؤال) و ابزار دیداری کنترل درد (با مقیاس ۰-۱۰ بود). پرسش‌نامه "بررسی رضایت بیمار از مراقبت‌های پرستاری در مورد کنترل درد" شامل ۱۸ سؤال بود که معیار نمره‌بندی داده‌ها به صورت راضی=نمره ۲، نسبتاً راضی=نمره ۱ و ناراضی=نمره ۰ در نظر گرفته شد و طبقه‌بندی به صورت (۰-۱۲)=ناراضی، (۱۳-۲۴)=نسبتاً راضی و (۲۵-۳۶)=راضی سنجیده شد. حداقل نمره پرسش‌نامه ۰ و حداکثر ۳۶ بود. و ابزار دیداری خطی درد که بین ۰ تا ۱۰ می‌باشد، که درجه ۰ بدون درد و ۱۰ درد غیر قابل تحمل است که به وسیله خود بیمار گزارش می‌شود. روایی آن از طریق اعتبار محتوی و پایایی پرسش‌نامه رضایت از کنترل درد به روش همگنی درونی با ۸۶ درصد تعیین شد.

در این پژوهش در مدت یک ماه کلیه بیماران بستری کاندید عمل جراحی در بخش جراحی با توجه به مشخصات نمونه مورد پژوهش به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. برای کلیه بیماران گروه شاهد در بدو پذیرش پرسش‌نامه مشخصات اطلاعات دموگرافیک و بررسی درد توسط پژوهشگر تکمیل گردید. (این مطالعه به صورت دوسوکور با استفاده از همکار پژوهشگر برای پرکردن پرسش‌نامه‌ها انجام شد) سپس بر اساس تاریخ پذیرش در بخش، ۲۴ ساعت بعد از بستری و دوباره ۷۲ ساعت بعد پرسش‌نامه بررسی رضایت بیمار از مراقبت‌های پرستاری در مورد کنترل درد توسط همکار

قبل از شروع مداخله در پژوهش، برگه چارت علایم حیاتی موجود در پرونده اصلاح گردید و درد نیز در این چارت قرار داده شد که هر بار با کنترل علایم حیاتی، درد نیز کنترل شود و سپس برای هر درجه درد مداخله ای در نظر گرفته شد. برای شروع اجرای مداخله در محیط پژوهش در سه جلسه (البته تعداد جلسات قابل انعطاف بود) به پرسنل بخش آموزش لازم و کافی جهت پایش و مداخله سیستماتیک درد داده شد. جزوه آموزشی در مورد پایش و مداخله سیستماتیک درد نیز تهیه و در اختیار پرستاران بخش قرار گرفت تا اطلاعات بعد از آموزش مرور گردد. اگرچه این آموزش در مورد پایش درد در اواخر نمونه گیری گروه شاهد بود ولی اساس اجرای این فرآیند استفاده از ابزار دیداری درد بود که در گروه شاهد استفاده نگردید. برنامه آموزشی توجیهی برای پرسنل بخش شامل مراحل زیر بود:

- ۱- یک جلسه ۴۵-۳۰ دقیقه‌ای با هدف آشنایی با اهمیت درد و پایش آن به عنوان یک علامت حیاتی
- ۲- یک جلسه یک ساعته برای توجیه پرستاران جهت نحوه پایش و پرکردن فرم اصلاح شده علایم حیاتی
- ۳- یک جلسه یک ساعته در مورد آموزش به کارگیری اقدامات مراقبتی برای تسکین درد.

پس از طی مراحل آموزش و حصول اطمینان از این که پرستاران مهارت لازم را کسب کرده‌اند به مدت یک ماه از پرستاران خواسته شد که این روند مراقبتی را برای بیماران گروه آزمون اجرا کنند. به طوری بر روی پرونده تمامی بیمارانی که در طی یک ماه به بخش مراجعه کرده و کاندید عمل جراحی بوده و مشخصات نمونه پژوهش را دارا بودند بر چسب نمونه پژوهش قرار می‌گرفت. هدف از پایش و مداخله سیستماتیک درد، نحوه استفاده از این ابزار و سطوح غیر قابل قبول درد توسط پرستاران به نمونه‌های پژوهش آموزش داده می‌شد. نمره درد با استفاده از معیار دیداری خطی یازده شماره‌ای (۰-۱۰) اندازه‌گیری می‌شد. در این معیار عدد صفر نشان‌دهنده عدم وجود درد و عدد ۱۰ نشان‌دهنده حداکثر دردی است که بیمار احساس می‌کند. درجه‌بندی درد به صورت ۲-۱: درد ضعیف، ۳-۵: درد متوسط، ۶-۷: درد شدید و ۸-۱۰: درد خیلی شدید است. که این معیار ساده، قوی و قابل تکرار بود. پس از آموزش به بیمار در مورد نحوه نمره‌گذاری درد، هم‌زمان با کنترل علایم حیاتی،

شاهد ۹۸ درصد بیماران در ۲۴ ساعت اول از کنترل درد ناراضی بوده و فقط ۲ درصد رضایت نسبی داشتند. در ۷۲ ساعت بعد از پذیرش، ۷۱ درصد ناراضی و فقط ۲۹ درصد نسبتاً راضی بودند. در حالی که در گروه آزمون در ۲۴ ساعت اول مداخله، ۹۴ درصد نسبتاً راضی و ۶ درصد راضی بودند. در ۷۲ ساعت بعد از مداخله، ۶۵ درصد نسبتاً راضی و ۳۵ درصد راضی بودند. (جدول ۱ و ۲) آزمون آماری مجذور کای نشان داد که بین هر دو گروه شاهد و آزمون از نظر عوامل مداخله‌گر مانند سن، جنس، وضعیت تأهل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0.05$) در بررسی بین عوامل مداخله‌گر و رضایت ۲۴ و ۷۲ ساعت که با آزمون‌های تی، آنالیز واریانس و پی‌رسون انجام گرفت، فقط بین سن و رضایت در دو مرحله تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

جدول ۱: درصد فراوانی رضایت ۲۴ ساعت اول بیماران در دو گروه

شاهد و آزمون در بیمارستان امداد شهرستان سبزوار

رضایت ۲۴ ساعت	شاهد		آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ناراضی: ۰-۱۲	۶۱	۹۴	۰	۰
نسبتاً راضی: ۱۳-۲۴	۴	۶	۵۹	۹۸
راضی: ۲۵-۳۶	۰	۰	۱	۲
مجموع	۶۵	۱۰۰	۶۰	۱۰۰

جدول ۲: درصد فراوانی رضایت ۷۲ ساعت بعد بیماران در دو گروه

شاهد و آزمون در بیمارستان امداد شهرستان سبزوار

رضایت ۷۲ ساعت	شاهد		آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ناراضی: ۰-۱۲	۴۶	۷۱	۰	۰
نسبتاً راضی: ۱۳-۲۴	۱۹	۲۹	۳۹	۶۵
راضی: ۲۵-۳۶	۰	۰	۲۱	۳۵
مجموع	۶۵	۱۰۰	۶۰	۱۰۰

درجه درد بیمار بر اساس گزارش بیمار با استفاده از این ابزار تعیین می‌شد و در برکه علائم حیاتی طراحی شده با خودکار نارنجی ثبت می‌گردید. در صورت درد بالای درجه ۳ مراقبت تسکینی مورد لزوم اجرا شده و ارزشیابی مربوطه صورت می‌گرفت تا درد به درجه ۳ برسد. تا پایان ترخیص بیمار هر بار کنترل علائم حیاتی درد نیز کنترل و اقدام تسکینی مربوطه انجام می‌شد. برای بیماران گروه آزمون نیز فرم مشخصات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به درد و پرسش‌نامه بررسی رضایت بیمار از مراقبت‌های پرستاری توسط پژوهش‌گر یک بار در ۲۴ ساعت اول و بار دیگر ۷۲ ساعت بعد تکمیل می‌گردید. تعداد ۶۰ بیمار واجد مشخصات نمونه بوده و به عنوان گروه آزمون انتخاب شدند. علت عدم استفاده از ابزار درد در گروه شاهد این بود که تأثیر پایش و مداخله سیستماتیک درد (pain management) بر رضایت بیماران در گروه آزمون با کنترل درد به عنوان "شکایت" در گروه شاهد مقایسه شده و بررسی شود که این روند مراقبتی تا چه حد در رضایت بیماران جراحی تأثیر دارد و تأثیر چشمگیر این روش کنترل درد بر رضایت بیماران ارزیابی شود.

نتایج

نتایج نشان داد که ۵۱٪ بیماران شاهد و ۶۷٪ آزمون که تحت عمل آپاندکتومی قرار گرفته بودند اکثریت در محدوده سنی ۲۱-۴۰ سال، مرد، متأهل و دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن بودند. در مورد نوع تدابیر تسکینی درد بیماران در هر دو گروه مسکن را برای تسکین درد خود مصرف می‌کرده و از سایر روش‌های تسکینی غیر دارویی درد مانند ماساژ، استفاده از گرما و سرما و... خیلی کم استفاده کرده‌اند. اکثر بیماران در هر دو گروه سابقه قبلی مصرف داروی مسکن به دنبال درد را داشته‌اند و عده کمی از بیماران (کمتر از ۵۰ درصد) مطرح می‌کردند که هیچ دارویی را به دنبال تسکین درد استفاده نکرده‌اند و مدت زمانی که درد آنها بعد از مصرف مسکن تسکین یافته بود، ۹۰-۴۶ دقیقه بود. برای همسان‌سازی این متغیرها در دو گروه، از آزمون مجذور کای استفاده گردید که تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان نداد ($P > 0.05$). در مورد مقایسه رضایت بیماران در دو گروه آزمون و شاهد یک بار در ۲۴ ساعت و بار دیگر در ۷۲ ساعت نشان می‌دهد که در گروه

معنی داری بین مشخصات نمونه‌ها همچون سن، جنس و رضایت بیماران وجود نداشته و جنبه‌های تکنیکی مراقبت مثل مهارت در انجام مراقبت پرستاری و توضیحات پرستاران به عنوان یک نشانگر بیشتر از جنبه‌های دیگر در گروه‌ها اثر می‌گذارد و به طور مشابه بهبودی از درد، ناراحتی و اضطراب باعث بهبودی در وضعیت سلامتی شده و با تأثیر بر نیازهای بیماران، باعث بهبود رضایت آنها می‌شود (۲۰) بررسی رضایت بیمار یکی از متداول‌ترین روش‌هایی است که در ارزیابی مداخلات پرستاری مورد استفاده قرار می‌گیرد. در واقع رضایت بیماران منعکس کننده کیفیت مراقبت‌های پرستاری است و به عنوان یک روش ارزشیابی مناسب برای مددجویان در مورد مراقبت‌های پرستاری می‌باشد. هم‌زمان با بررسی رضایت توجه به تحقیقات انجام شده در زمینه درد سودمند می‌باشد چراکه در این تحقیق تأمین رضایت از مراقبت‌های پرستاری کنترل درد مطرح می‌باشد. تحقیقی توسط چیاچین لین در سال ۲۰۰۰ تحت عنوان "کاربرد ابزار استاندارد انجمن درد در آمریکا برای ارزیابی کیفیت فرآیند کنترل درد در بین بیماران جراحی، انکولوژی و بستری در تایوان و بررسی رضایت بیماران انجام شده که ۲۳۷ بیمار بالاتر از ۱۸ سال شرکت داشتند و نتایج نشان داد علی‌رغم اینکه بیماران از سطوح واقعی درد رنج می‌برند، از مراقبت‌های ارائه شده توسط پرسنل رضایت بالایی داشتند چراکه درک بیمار از کیفیت مراقبت و رضایت پیشرفت زیادی کرده و ارتباط خوب پرسنل باعث بهبود رضایت بیماران شده است (۱۱). نتایج این تحقیق هم‌چنین نشان می‌دهد که تلاش برای اجرای پایش و مداخله سیستماتیک درد بهتر است برای بیماران بخش جراحی به خصوص جراحی شکمی در نظر گرفته شود چراکه بیماران سطوح بالاتری از درد را تجربه می‌کنند با وجود این که تعداد نسبتاً زیادی از بیماران تقاضای داروی ضد درد نکرده بودند. در تحقیق دیگری که توسط کلی در سال ۲۰۰۰ تحت عنوان "ارتباط بین رضایت بیماران با فرآیند کنترل درد با به کارگیری منابع دیداری درد و کلامی درد و تغییر در منابع درد بین نمایش و انجام دادن آن" در بخش اورژانس یک بیمارستان غربی در استرالیا انجام شد، در تجزیه و تحلیل داده‌ها ۴۱٪ بیماران رضایت خیلی خوب، ۳۰٪ خوب، ۲۲٪ میانه و ۷٪ ضعیف را گزارش کردند در واقع رضایت ۷۰٪ بیماران خیلی خوب یا خوب بود علی‌رغم این که هنوز درد را تجربه می‌کردند. در واقع نتایج

سن با رضایت ۲۴ و ۷۲ ساعت ارتباط دارد ($P < 0/05$) که این متغیر چون در هر دو گروه شاهد و آزمون بر روی رضایت تأثیر داشته پس نمی‌تواند بر روی اهداف پژوهش و تأیید فرضیه تأثیر چشمگیری داشته باشد. هر چه سن افزایش یافته، میزان رضایت نیز بالا رفته است. به طوری که در تحقیقی که توسط صفاری در سال ۱۳۷۵ در مورد "بررسی رضایت بیماران در مورد مراقبت‌های پرستاری" انجام شده است بیماران جوان ناراضی‌ترین و سالمندان راضی‌ترین افراد بوده‌اند و هم‌چنین در نتایج این تحقیق مطرح شده بود که مراقبت‌های پرستاری در مجموع نتوانسته رضایت بیماران را جلب کند به طوری که در حدود ۷۵ درصد بیماران از مراقبت‌های پرستاری ناراضی بودند (۱۳). در بررسی مقایسه رضایت ۲۴ ساعت اول در دو گروه، میانگین نمره رضایت بیماران گروه آزمون ۲۰/۱ (نسبتاً راضی) و گروه شاهد ۹/۸ (ناراضی) بودند، در حالی که در مقایسه رضایت ۷۲ ساعت بعد، میانگین نمره رضایت بیماران گروه آزمون ۲۳/۵ (نسبتاً راضی) و گروه شاهد ۱۱/۶ (ناراضی) بود. آزمون تی مستقل در مورد تفاوت میانگین‌های رضایت بیماران در ۲۴ ساعت اول با ۷۲ ساعت بعد در دو گروه انجام شد و نتیجه آزمون تفاوت معنی‌داری بین میزان رضایت در دو گروه نشان داده است ($P < 0/05$). با توجه به این یافته‌ها، پایش و مداخله سیستماتیک درد توسط پرستاران به عنوان پنجمین علامت حیاتی، باعث افزایش رضایت بیماران جراحی شکمی گروه آزمون نسبت به گروه شاهد شده و فرضیه پژوهش تأیید گردید.

بحث و نتیجه‌گیری

افزایش رضایت بیماران در این پژوهش در گروه آزمون به احتمال قوی تأیید ایجاد نگرش بیمار محوری در مراقبت‌ها است. زیرا پرستاران در این روش طراحی شده برای کنترل درد بیشتر با نیازهای بیماران آشنا شده و این نیازهای اساسی را سر لوجه وظایف مراقبتی خود قرار داده‌اند. به خصوص که سایر یافته‌ها هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری بین مشخصات دموگرافیک (به جز سن) و درد بیماران در دو گروه شاهد و آزمون با میزان رضایت آنان نشان نمی‌دهد. در تحقیق دیگری که توسط توکاناجا (Tokunaga) و همکارانش در سال ۲۰۰۰ تحت عنوان "تأثیر نیازهای بیماران بر رضایت از مراقبت‌های ارائه شده در بیمارستان‌ها" در ژاپن انجام شد، نتایج نشان داد که هیچ تفاوت

که با اجرای پایش و مداخله سیستماتیک درد می‌توان تا حد زیادی درد بیماران را بهبود بخشیده و کنترل نمود.

در بررسی رضایت بیماران نتایج نشان داده است که رضایت مردان نسبت به زنان بالاتر بوده و بدین ترتیب تأمین رضایت بیماران از نحوه مراقبت پرستاری، تأثیر مثبتی بر بهبود سریع و موفقیت‌آمیز آنان خواهد داشت. تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که خدمات پرستاری نتوانسته رضایت بیماران را جلب نماید و ۶۵٪ بیماران هنگام ترخیص احساس نارضایتی کرده‌اند (۸). به عبارت دیگر افزایش رضایت بیماران گروه آزمون صرف‌نظر از جنس، تأهل، طول مدت بستری، محل سکونت، شغل و نوع بیمه به دنبال پایش و مداخله سیستماتیک درد به عنوان پنجمین علامت حیاتی می‌باشد که در نتیجه می‌توان از پایش و مداخله سیستماتیک درد به عنوان راهی مطمئن برای افزایش رضایت بیماران در سایر بخش‌های جراحی و در سایر شرایط استفاده نمود. با توجه به تحقیقات متعدد انجام شده در مورد رضایت بیماران و کنترل درد در آنها، علی‌رغم این که به کنترل درد توجه زیادی شده است ولی در هیچ کدام از این تحقیقات به یک روش منظم و سیستماتیک اشاره‌ای نشده بود، در حالی که در این پژوهش با نگرش جدیدی که به درد به عنوان یک علامت هشداردهنده توجه می‌شود این امر را تداعی می‌کند که پایش منظم و سیستماتیک درد باید صورت گیرد و درد نیز هم‌ردیف سایر علائم حیاتی پایش شده و رضایت بیماران از این نوع مراقبت پرستاری سنجیده شود چراکه با برآورده کردن رضایت بیماران می‌توانیم آنها را در امر مراقبت و درمان مشارکت داده و آسایش بیشتری را برای بیماران تأمین نموده و بدین وسیله سلامت جامعه نیز ارتقاء خواهد یافت.

نشان می‌دهد که درد به خوبی بررسی نمی‌شود (۵). از این تحقیق چنین بر می‌آید که افزایش ارتباط با بیمار و توضیح خواستن از او برای تعیین کردن درجه درد باعث می‌شود که بیمار احساس کند تحت کنترل و مراقبت مستمر است و از آن جایی که درد در بخش اورژانس نمود بالایی دارد خود باعث افزایش رضایت آنها از فرآیند کنترل درد خواهد شد هر چند که درد آنها به طور کامل تخفیف داده نشده باشد. تحقیق دیگری توسط روزنتال و جاپویل در طی سال‌های ۹۷-۱۹۹۳ با عنوان آیا بیمارستان‌ها با مرگ و میر پایین‌تر، رضایت بالاتری دارند؟ انجام شد و نتایج نشان داد که بیمارستان‌های با رضایت بالاتر بیمارستان، مرگ و میر کمتری دارند. از این مطالعه می‌توان دریافت که رضایت بالای بیماران باعث کاهش مرگ و میر و کاهش طول مدت بستری در بیمارستان می‌شود (۹). در پژوهشی که توسط دستی در سال ۱۳۷۵ تحت عنوان "بررسی میزان رضایت بیماران بستری از مراقبت‌های پرستاری و انتظارات آنان از کادر پرستاری در بخش‌های داخلی-جراحی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه" انجام شده است، در مجموع ۷۱٪ بیماران از مراقبت‌های پرستاری ناراضی و ۲۲٪ نسبتاً راضی و ۲۰٪ کاملاً راضی بودند (۴). در بیشتر این مطالعات به طور مشخصی شواهدی از اهمیت مراقبت پرستاری (به خصوص کنترل درد در بخش‌های جراحی و اورژانس) ارتباط و هماهنگی مراقبت‌ها بر نتایج بیماران را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج تحقیقات می‌توان گفت علی‌رغم گذشت بیش از ۱۰ سال از پیشرفت‌های خوب در کنترل درد، بیماران بسیاری در بیمارستان‌ها و جامعه از عدم تسکین و بهبود دردشان در عذاب هستند و بالغ بر سه چهارم از بیماران، درد ملایم تا شدید را مادامی که در بیمارستان هستند تجربه می‌کنند

Summary**The Effect of Pain Management by Nurses on the Satisfaction Rate of Patients after Abdominal Surgery**Yazdi-moghaddam H., MSc.¹, Memarian R., MSc.² and Mohammadi L., PhD.³

1. Instructor, Sabzevar School of Medical Sciences, Sabzevar, Iran. 2. Instructor, School of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran. 3. Assistant Professor, School of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran.

Introduction: Annually more than hundreds of million people undergo surgical operations and experience postoperative pain. Pain is one of the most common problems in postoperative nursing cares. This study was aimed to determine the effect of pain management by nurses on the satisfaction rate of patients undergone abdominal surgery.

Methods : In this quasi experimental study, data gathering was done by using demographic and pain questionnaire, a questionnaire for patients satisfaction of nursing care and pain control visual scale (0-10). Study samples included hospitalized patients of Sabzevar Emdad Shahid Beheshti hospital who were candidates of surgery. They were selected according to Poisson distribution and the sample qualifications (aged 15-65 years...). First control group sampling was done and patients (65 patients) were asked to fill out the demographic questionnaire. Then three training sessions of 45-60 minutes about systematic management of pain were conducted for the personnel and the care process was performed on 60 experimental cases for one month. Then the satisfaction rates of patients in both groups were obtained within the first 24 hours and 72 hours after admission.

Results: The two groups were matched in regard to age, sex and surgery type ($P>0.05$). According to the obtained results, 98% of the control group were not satisfied of the first systematic pain management and 2% were relatively satisfied. While in the second pain management, 71% were not and 29% were satisfied of the pain management. In the experimental group, 94% were relatively satisfied and 6% were satisfied of the first pain management, while 65% were relatively satisfied and 35% were satisfied of the second pain management. Independent t-test revealed a significant difference between the two groups in regard to their satisfaction rate of systematic pain management in the first 24 hours and 72 hours after admission ($P<0.05$).

Conclusion: According to the findings, it seems that pain management by nurse increases the satisfaction rate of the patients undergoing abdominal surgeries and by increasing their satisfaction rate, they will be able to participate in their treatment process and consequently more comfort for the patients and higher levels of health will be provided for the community.

Key words: Pain management, Pain, Patient's satisfaction, Abdominal surgery

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2006; 13(1): 121-128

منابع

۱. بازارگادی، مهرانوش: کاهش دردهای بعد از عمل جراحی از طریق روش‌های آرام‌سازی. خلاصه مقالات همایش سراسری درد بعد از عمل جراحی، دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی، تهران، ۱۳۷۹، ص ۱۷.
۲. تراپور طرقي، مسعود: بررسی تأثیر طب فشاری بر وضعیت درد بیماران بعد از اعمال جراحی شکمی. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده علوم پزشکی تربیت مدرس، ۱۳۷۵.
۳. خطیبان، مهناز: تأثیر اجرای سازماندهی مراقبت‌های پرستاری به روش پرایمیری بر رضایت بیماران و پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه قلبی شهر همدان. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده علوم پزشکی تربیت مدرس، ۱۳۷۷.
۴. دستی، سهیلا: بررسی میزان رضایت بیماران از مراقبت‌های پرستاری و انتظارات آنان از کادر پرستاری در بخش‌های داخلی جراحی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمانشاه در سال ۱۳۷۵. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، ۱۳۷۵.
۵. صفاری، ربابه: بررسی میزان رضایت بیماران از مراقبت‌های پرستاری و انتظارات آنان از کادر پرستاری در بخش‌های داخلی جراحی بیمارستان‌های دولتی منتخب تهران از خدمات پرستاری ارائه شده. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی ایران، ۱۳۷۵.

۶. نیاکانی، اسد: مروری بر ۱۰ سال تجربه شخصی مطالعه درد بعد از عمل جراحی در ایران. خلاصه مقالات همایش سراسری درد بعد از عمل جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، تهران، ۱۳۷۹، ص ۴.
۷. نیک فرد، لیدا: بررسی دیدگاه پرستاران راجع به برخی عوامل مؤثر بر تصمیم گیری آنان در بکارگیری داروی مسکن پی. آر.ان بعد از جراحی کودکان بیمارستان های منتخب شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه تهران، ۱۳۸۰.
۸. ونکی، زهره: طراحی الگوی حمایت در پرستاری و بررسی تأثیر آن در رضایت از بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی. پایان نامه دکتری پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۱.
9. Jaipaul CK, Rosenthal GE. Do hospitals with lower mortality have higher patient satisfaction? *Am J Med Qual* 2003; 18(2): 59-65.
10. Kelly AM. Patient satisfaction with pain management does not correlate with initial or discharge VAS pain score, verbal pain rating at discharge, or change in VAS score in the emergency department. *J Emerg Med* 2000; 19(2): 113-6.
11. Lin CC. Applying the American Pain Society's QA standards to evaluate the quality of pain management among surgical, oncology, and hospice inpatients in Taiwan. *Pain* 2000; 87(1): 43-9.
12. Nina h, Francesca C, Charles E, Conie C. Can We Do Better With Postoperative Pain Management? *Am J Surg* 2001; 182: 440-8.
13. Pain Management Protocol. Fundamental Procedures, Available at <http://www.google.com>
14. Patient Satisfaction, Steneercize Hospital Patient Satisfaction Survey, Available in <http://www.google.com> (Visited on 2001/2002).
15. Patient Satisfaction Initiative: Quality Institute. Cleveland Clinic Health System, available in <http://www.science direct.com> (Visited on 2002)
16. Pasero C, McCaffery M. The Patient's Report Of Pain. *AJN* 2001; 101(12): 73-74.
17. Pasero C, McCaffery M. When Patients Can't Report Pain. Assessing patients with communication difficulties. *AJN* 2000; 100(9): 22-3.
18. Slaughter A, Pasero C, Manworren R. Unacceptable Pain Levels. *AJN* 2002; 102(5): 75-7.
19. Thomas LH, MacMillan J, McColl E, Priest J, Hale C, Bond S. Obtaining Patient's views of nursing care to inform the development of a patient satisfaction scale. *Int J Qual Health Care* 1995; 7(2): 153-63.
20. Tokunaga J, Imanaka Y, Nobutomo K. Effects of patient demands on satisfaction with Japanese hospital care. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(5): 395-401.
21. Virginia W. Bed Side Pain Manager. Available at <http://www.jcaho.org>. visited on 2001 (Pain Management Protocol. Fundamental Procedures)
22. Pain tools: measuring the fifth vital sign. Available at: www.Health care inspiration. Com (visited on 2002).