

تأثیر پایش و مداخله سیستماتیک درد بر کاهش درد بیماران بعد از عمل جراحی

حمیده یزدی مقدم^۱، ربابه معاریان^۲، دکتر عیسی محمدی^۳

^۱ کارشناس ارشد آموزش پرستاری گرایش داخلی جراحی، دانشکده علوم پزشکی سبزوار

^۲ استادیار پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

^۳ استادیار پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

نشانی نویسنده مسؤول: سبزوار، دانشکده علوم پزشکی، حمیده یزدی مقدم

E-mail: ha_yazdimoghaddam@yahoo.com

وصول: ۸۶/۱/۱۶، اصلاح: ۸۶/۱۰/۱، پذیرش: ۸۶/۱۱/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: تسکین درد نیاز اساسی و حق هر انسانی بوده و یکی از اولویت‌های پرستاری به شمار می‌رود، اما کنترل درد بعد از عمل، سال‌ها است که ناکافی بوده و پیشرفت مهمی نداشته است. هدف از این پژوهش، تعیین میزان اثر پایش و مداخله سیستماتیک درد توسط پرستاران بر کاهش درد بیماران بعد از عمل جراحی شکمی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش نیمه تجربی، ابزار پژوهش مشتمل بر پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و بررسی درد و ابزار دیداری کنترل درد (۱۰-۰) می‌باشد. نمونه‌های پژوهش شامل بیماران بستری کاندید عمل جراحی در بخش جراحی بیمارستان امداد شهید بهشتی سبزوار می‌باشد که بر اساس توزیع پواسون و با توجه به مشخصات نمونه در مدت یک ماه جمع‌آوری گردید. ابتدا نمونه‌گیری گروه شاهد بر روی ۶۵ بیمار انجام شد و پرسشنامه داده‌های دموگرافیک تکمیل گردید. قبل از شروع مداخله، چارت علائم حیاتی موجود در پرونده اصلاح گردید و درد نیز در این چارت قرار داده شد که هر بار با کنترل علائم حیاتی، درد نیز کنترل شود و سپس برای هر درجه درد، مداخله‌ای در نظر گرفته شد. سپس اجرای مداخله به صورت ۳ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه برنامه آموزشی توجیهی برای پرسنل پرستاری بخش جهت اجرای پایش و مداخله سیستماتیک درد اجرا شد و به مدت یک ماه برای ۶۰ بیمار گروه آزمون، این روند مراقبتی اجرا گردید. سپس نمره درد بیماران در گروه آزمون تعیین گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که با اجرای پایش و مداخله سیستماتیک درد، بیماران میزان درد کمتری را در ۷۲ ساعت بعد از عمل نسبت به ۲۴ ساعت اول گزارش کردند؛ به طوری که در ۷۲ ساعت بعد از بستری به دنبال مداخله، ۳۸/۶ درصد درد متوسط با درجه ۳-۵ و در ۲۴ ساعت اول مداخله، ۴۱/۷ درصد درد خیلی شدید با درجه ۸-۱۰ را گزارش کردند.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش، پایش و مداخله سیستماتیک درد توسط پرستار می‌تواند باعث کنترل صحیح و بموقع درد بیماران جراحی شکمی گردد. (مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۴/شماره ۴ / صص ۲۳۰-۲۳۴).

واژه‌های کلیدی: پایش و مداخله سیستماتیک درد؛ درد؛ جراحی شکمی.

مقدمه

درد به‌عنوان یک محرک ناخوشایند و یک تجربه درکی و هیجانی ناشی از صدمه بافت توصیف می‌شود که علت آن ناشی از بیماری، ضربه، جراحی و یا روش درمانی می‌باشد (۱). درد ناشی از اعمال جراحی از شایع‌ترین دردهای حاد می‌باشد و می‌تواند موجب مشکلات قابل ملاحظه پزشکی، اقتصادی و اجتماعی شود. چرا که معمولاً بیماران از خطرهای عدم بهبود درد یا درمان اختیاری در دسترس برای کنترل درد آگاه نیستند و تعدادی از بیماران انتظار درد بعد از جراحی را دارند. بیماران ممکن است ندانند که درد منجر به بی-حرکتی شده که خود می‌تواند زمینه‌ساز عوارض دیگر شود و گاه از این مسأله آگاه نیستند که لازم نیست از درد رنج ببرند علیرغم این‌که استراتژی درمان درد در دسترس می‌باشد و پایش درد همراه با آموزش به بیماران در این زمینه بسیار مفید خواهد بود (۲).

بیان درد به شکل مؤثر، مشکل بوده و فقط خود بیماران می‌توانند میزان درد را دقیقاً بیان نمایند و پرستاران باید به بیماران در بیان کامل درد به‌صورت دقیق کمک کنند (۳). تسکین درد با دارو زمانی مؤثر است که قبل از رسیدن درد به منتهای شدت خود به بیمار داده شود. بیمارانی که عمل جراحی داشته‌اند نباید درد بکشند، زیرا ناآرامی و درد به نسوج جراحی شده صدمه وارد می‌کند و ترمیم زخم را به تأخیر می‌اندازد. لذا در مورد از بین بردن درد در ۴۸ ساعت اول بعد از عمل جراحی نباید کوتاهی کرد (۴). پس با کنترل منظم و سیستماتیک درد به‌عنوان پنجمین علامت حیاتی، در همان مراحل اولیه و قبل از این‌که شدت درد از کنترل خارج شود باید آن را کنترل نمود و از عواقب آن کاست.

کوهن دریافت که ۷۵ درصد از بیماران بعد از عمل دچار درد شدید یا بسیار شدید بودند و سیرز در مطالعه خود بیان داشت که در ۸۶ درصد بیماران، درد بعد از عمل کنترل نشده بود (۵). پیشگیری از بروز درد بعد از

عمل غالباً غیر ممکن بوده ولی می‌توان آن را چنان کم کرد که بیمار به‌طور نسبی احساس راحتی کند. بیمارانی که قبل از عمل آموزش کافی دیده‌اند و کسانی که به جراح و پرستار اطمینان دارند نسبت به بیمارانی که آموزش ندیده‌اند، معمولاً درد کمتری احساس می‌کنند زیرا فشار عصبی کمتری دارند. همچنین اقدامات لازم جهت کاهش اضطراب و ترس بیمار به کاهش درد نیز کمک خواهد کرد (۶).

تسکین مؤثر درد بعد از عمل، امری ضروری است و علیرغم پیشرفت اخیر در کنترل درد بعد از عمل، درد هنوز به‌عنوان یکی از شایع‌ترین مشکلات در مراقبت سلامتی باقی‌مانده است. تعدادی از بیماران انواعی از فرآیند کنترل درد بعد از عمل را دریافت می‌کنند و هنوز تخمین زده می‌شود که تقریباً ۵۰ تا ۷۰ درصد بیماران هنوز بهبودی از درد آن‌ها ناکافی می‌باشد. استانداردهای کمیسیون معتبرسازی سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی (JCAHO یا Commission On Accreditation Of Health Care Organization) باعث ارتقاء آموزش بر اساس نیاز بیمار شده است و واکنش اجتماعی و فرهنگی را که مانع فرآیند کنترل درد می‌شود، مشخص می‌کند. آن‌ها درد را به‌عنوان پنجمین علامت حیاتی در نظر می‌گیرند و از زمان پذیرش تا ترخیص درد بیماران را به‌طور منظم بررسی خواهند کرد (۲). پرستار به‌عنوان یکی از اعضای تیم، نقشی کلیدی را در درمان درد به‌عهده دارد، شخصی است که بیشترین زمان را با بیمار سپری می‌کند و مسؤول بررسی، کنترل و گزارش درمان انجام شده برای اطمینان از تسکین درد می‌باشد (۸).

این پژوهش به منظور تأثیر پایش و مداخله سیستماتیک درد بر کاهش درد بیماران بعد از عمل جراحی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک تحقیق نیمه تجربی است که

برای تعیین میزان اثر پایش و مداخله سیستماتیک درد توسط پرستاران بر میزان رضایت بیمار از نحوه کنترل درد بعد از جراحی شکمی انجام شده است. حجم نمونه بر اساس توزیع پواسون طی دوره یک ماهه برای گروه شاهد و گروه آزمون با توجه به مشخصات نمونه (بستری در بخش تا ۴۸ ساعت بعد از عمل، اعمال جراحی شکمی شامل آپاندکتومی، کوله سیستکتومی، هرنیورافی و هموروئید و عدم سابقه جراحی قبلی، عدم سابقه اعتیاد به مواد مخدر، سن بین ۱۵ تا ۶۵ سال و دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن) از بخش جراحی بیمارستان امداد شهید بهشتی سبزواری برای گروه شاهد ۶۵ بیمار و گروه آزمون ۶۰ بیمار برآورد گردید.

در این پژوهش تعیین اعتبار علمی یا روایی کلیه ابزارهای گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوا، استفاده شد، بدین صورت که با مطالعه کتب، مجلات، نشریات داخلی و خارجی و استفاده از پایگاه‌های الکترونیک و بهره‌گیری از نظرات اساتید، ابزارهای پژوهش تهیه گردید و سپس براساس نظرات ده نفر از اساتید پرستاری در دانشکده‌های پرستاری و مامایی ایران، شهید بهشتی، تهران، تربیت مدرس و سبزواری، اصلاحات لازم صورت گرفته و ابزار گردآوری داده‌ها تهیه گردید. تعیین اعتماد در مورد پرسشنامه بررسی رضایت بیمار از مراقبت‌های پرستاری در مورد کنترل درد از طریق همگنی درونی صورت گرفت که ضریب پایایی آن به‌وسیله آزمون پیرسون، ۸۶ درصد تعیین گردید.

با شروع پژوهش در مدت یک ماه، کلیه بیماران بستری کاندید عمل جراحی در بخش جراحی با توجه به مشخصات نمونه پژوهش به‌عنوان 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 پر کردن پرسشنامه‌ها انجام شد.

قبل از شروع مداخله در پژوهش، چارت علایم حیاتی موجود در پرونده اصلاح گردید و درد نیز در این چارت قرار گرفت که هر بار با کنترل علایم حیاتی، درد نیز کنترل شود و سپس برای هر درجه درد، مداخله‌ای 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 قرار گرفت تا اطلاعات بعد از آموزش مرور گردد. اگر چه این آموزش در مورد پایش درد در اواخر نمونه‌گیری گروه شاهد بود ولی اساس اجرای این فرآیند، استفاده از ابزار دیداری درد بود که در گروه شاهد از آن استفاده نشد. 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 به‌عنوان یک علامت حیاتی
- ۲- یک جلسه یک ساعته برای توجیه پرستاران جهت نحوه پایش و پُر کردن 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. به‌طوری که در طی یک ماه کلیه بیمارانی که به بخش مراجعه کرده و کاندید عمل جراحی بوده و مشخصات نمونه پژوهش را دارا بودند، بر چسب نمونه پژوهش بر روی پرونده آنان قرار گرفت و هدف از پایش و مداخله سیستماتیک درد، نحوه استفاده از این ابزار تعیین گردیده و سطوح غیر قابل قبول درد توسط پرستاران به نمونه‌های پژوهش آموزش داده می‌شد.

نمره درد با استفاده از معیار دیداری خطی یازده

شماره‌ای (۱۰-۰) 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 ۱-۲ مساوی درد ضعیف، ۳-۵ مساوی درد متوسط، ۶-۷ مساوی درد شدید و ۸-۱۰ مساوی درد خیلی شدید است. این معیار، معیاری ساده، قوی و قابل تکرار بود که برای مطالعه درجه‌بندی شدت درد استفاده شد. پس از آموزش به بیمار در مورد نحوه نمره‌گذاری درد، همزمان با کنترل علائم حیاتی، درجه درد بیمار بر اساس گزارش بیمار با استفاده از این ابزار تعیین می‌شد و در برگه علائم حیاتی طراحی شده با خودکار نارنجی ثبت می‌گردید. در صورت وجود درد بالای درجه ۳ مراقبت تسکینی مورد لزوم اجرا گردیده و ارزشیابی مربوطه صورت می‌گرفت تا درد به درجه ۳ برسد. تا پایان ترخیص بیمار هر بار با کنترل علائم حیاتی، درد نیز کنترل شده و اقدام تسکینی مربوطه اجرا ارائه می‌شد.

برای بیماران گروه آزمون نیز فرم مشخصات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به درد تکمیل گردید. تعداد ۶۰ بیمار واجد مشخصات نمونه بودند و به‌عنوان گروه آزمون انتخاب شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون مجذور کای استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که ۵۱ درصد بیماران گروه شاهد و ۶۷ درصد بیماران گروه آزمون تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفته بودند و اکثریت بیماران (۶۰ درصد گروه آزمون و ۴۳ درصد گروه شاهد) در گروه سنی ۲۱-۴۰ سال قرار گرفته و مرد بودند. در هر دو گروه، اکثریت بیماران متأهل بوده و دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن بودند. در مورد نوع تدابیر تسکینی درد، بیماران 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 غیره خیلی کم استفاده می‌کردند.

اکثر بیماران در هر دو گروه سابقه قبلی مصرف داروی مسکن به دنبال درد را داشته‌اند و عده کمی از آنان (کمتر از ۵۰ درصد) هیچ دارویی را به دنبال تسکین درد استفاده نکرده بودند. مدت زمانی که درد آن‌ها بعد از مصرف مسکن تسکین می‌یابد، ۹۰-۴۶ دقیقه بوده است. برای همسان‌سازی این متغیرها در دو گروه از آزمون مجذور کای استفاده گردید که تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه مشاهده نشد. این آزمون نشان داد که بین دو گروه شاهد و آزمون از نظر عوامل مداخله‌گر مانند سن، جنس و وضعیت تأهل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

از نظر شدت درد، اکثریت بیماران در گروه آزمون در ۲۴ ساعت اول مداخله ۴۱/۷ درصد درد خیلی شدید با درجه ۸-۱۰ و در ۷۲ ساعت بعد از بستری به دنبال مداخله، ۳۸/۶ درصد درد متوسط با درجه ۳-۵ را نشان دادند (جدول ۱). نتایج نشان داد که با اجرای پایش و مداخله سیستماتیک درد در گروه آزمون، بیماران میزان درد کمتری را در ۷۲ ساعت بعد از عمل نسبت به ۲۴ ساعت اول گزارش کردند. در گروه شاهد، روند کنترل درد همانند یک شکایت کنترل گردید و از ابزار دیداری درد به علت عدم اعمال مداخله استفاده نگردید.

با توجه به این یافته‌ها فرضیه پژوهش تحت عنوان «پایش و مداخله سیستماتیک درد توسط پرستاران به‌عنوان پنجمین علامت حیاتی باعث کاهش درد بیماران بعد از عمل جراحی شکمی گروه آزمون نسبت به گروه شاهد می‌شود»، تأیید گردید.

جدول ۱: درصد و فراوانی بیماران جراحی شکمی گروه آزمون از نظر شدت درد در ۲۴ ساعت اول و ۷۲ ساعت بعد از مداخله

شدت درد	زمان بررسی		مداخله	
	۲۴ ساعت اول	۷۲ ساعت بعد از	مداخله	تعداد
درد خفیف: ۰-۲	۱۱	۱۷/۶	۱۵	۲۵/۴
درد متوسط: ۳-۵	۱۶	۲۷/۴	۲۳	۳۸/۶
درد شدید: ۶-۷	۸	۱۳/۳	۵	۸
درد خیلی شدید: ۸-۱۰	۲۵	۴۱/۷	۱۷	۲۸

بحث

برای بالغین بیشتر از معیار درد ۰ تا ۱۰ استفاده می‌شود (۲). در دوره پس از عمل جراحی، لازم است که درد به شکل مؤثر کنترل شود تا مزمن نشود هنگامی که درد حاد و کنترل نشده است، بعید به نظر می‌رسد که بیمار حرکت کند و ترجیح می‌دهد به آرامی و تا حد ممکن بخوابد تا از ایجاد درد شدید اجتناب شود. از سایر عوارض جانبی و ناخواسته درد کنترل نشده می‌توان به عدم ایجاد اعتماد بین پرستاران و بیماران اشاره کرد. بیماران ممکن است احساس کنند که هیچ‌کس درد آن‌ها را باور نمی‌کند؛ بنابراین می‌تواند سبب افزایش احساس اضطراب روزافزون در بیمار شود (۳).

توجه به تحقیقات انجام شده در زمینه درد سودمند می‌باشد. به طوری که در تحقیقی که توسط چیا-چین لین تحت عنوان «کاربرد ابزار استاندارد انجمن درد در آمریکا برای ارزیابی کیفی فرآیند کنترل درد در بیماران جراحی، انکولوژی و بستری در تایوان و بررسی رضایت بیماران» انجام شد، نتایج نشان داد علیرغم این که بیماران از سطوح واقعی درد رنج می‌برند، از مراقبت‌های ارائه شده توسط پرسنل رضایت بالایی دارند چرا که درک بیمار از کیفیت مراقبت و رضایت پیشرفت زیادی کرده و ارتباط خوب پرسنل باعث بهبود رضایت بیماران گشته است (۱۱). نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که تلاش برای اجرای پایش و مداخله سیستماتیک درد بهتر است برای بیماران بخش جراحی به خصوص جراحی شکمی نیز در نظر گرفته شود چرا که این بیماران سطوح بالاتری از درد را تجربه می‌کنند. چرا که اگر شخص بداند عواملی در محیط برای کنترل و تسکین درد او وجود دارد، درد را بهتر تحمل می‌کند. فردی که تحت عمل جراحی قرار گرفته است، درد بعد از عمل را پیش‌بینی می‌کند و همین عامل تحمل درد را بیشتر می‌کند چرا که انتظار می‌رود حداقل ۳ روز بعد از عمل جراحی درد وی کمتر از روز قبل باشد. اگر به همین ترتیب درد تسکین یافته باشد تحمل آن بیشتر است (۴).

کاهش درد بیماران بعد از عمل جراحی در این پژوهش در گروه آزمون به احتمال قوی تأیید ایجاد نگرش بیمار محوری در مراقبت‌ها است. زیرا پرستاران در این روش طراحی شده مراقبتی برای کنترل درد بیشتر با نیازهای بیماران آشنا شده و این نیازهای اساسی را سر لوحه وظایف مراقبتی خود قرار داده اند. در نتایج تحقیقی که توسط توکانجا و همکارانش تحت عنوان «تأثیر نیازهای بیماران بر رضایت از مراقبت‌های ارائه شده در بیمارستان‌ها» در ژاپن انجام شد، هیچ تفاوت معنی‌داری بین مشخصات نمونه‌ها همچون سن، جنس و رضایت بیماران وجود نداشت. جنبه‌های تکنیکی مراقبت مثل مهارت در انجام مراقبت پرستاری و توضیحات پرستاران به‌عنوان یک نشانگر بیشتر از جنبه‌های دیگر در گروه‌ها اثر می‌گذارد و به‌طور مشابه بهبودی از درد، ناراحتی و اضطراب باعث بهبودی در وضعیت سلامتی شده و با تأثیر بر نیازهای بیماران، باعث بهبود رضایت آن‌ها می‌شود (۹). در بررسی درد بعد از عمل جراحی شکمی در اتاق ریکاوری در ۲۴ ساعت بعد از عمل جراحی و حتی یک هفته بعد از عمل جراحی، درصد بالایی از بیماران سطوح غیر قابل قبولی از درد را تجربه کرده بودند (۱۰).

اکثر بیماران در طی دوران بعد از عمل نیاز به داروهای ضد درد دارند که معمولاً بعد از عمل نیز به داروهای ضد درد بیشتری نیاز پیدا می‌شود. نوع دارو، میزان، تعداد دفعات مصرف و روش تجویز آن به نوع عمل بستگی دارد که می‌توان با پیشگیری از افزایش شدت درد آن را به نحو خیلی مؤثرتری تحت کنترل قرار داد (۵) به‌طوری که با به کارگیری پایش و مداخله سیستماتیک درد و در نظر گرفتن درد به‌عنوان پنجمین علامت حیاتی می‌توان درد بیماران جراحی را در همان مراحل اولیه کنترل کرد تا شدت نیابد و از عوارض عدم بموقع درد جلوگیری کرد. معیار درد بهترین ابزار برای اندازه‌گیری و ارتباط برقرار کردن بین بیماران و تیم مراقبتی می‌باشد که

و ۲۰/۷ درصد کاملاً راضی بودند (۱۴). در بیشتر این مطالعات شواهدی از اهمیت مراقبت پرستاری (به-خصوص کنترل درد در بخش های جراحی و اورژانس)، ارتباط و هماهنگی مراقبت ها بر نتایج بیماران را نشان می دهد.

با توجه به نتایج تحقیقات می توان گفت علیرغم گذشت بیش از ۱۰ سال از پیشرفت های چشمگیر در کنترل درد، بیماران بسیاری در بیمارستان ها و جامعه از عدم تسکین و بهبود درد در عذاب هستند و بالغ بر سه چهارم از بیماران، درد ملایم تا شدید را مادامی که در بیمارستان هستند، تجربه می کنند که با اجرای پایش و مداخله سیستماتیک درد می توان تا حد زیادی درد بیماران را کنترل نمود. تحقیقات انجام شده نشان می دهد که خدمات پرستاری نتوانسته رضایت بیماران را جلب نماید و ۶۵ درصد بیماران هنگام ترخیص احساس نارضایتی کرده اند (۱۵). با توجه به تحقیقات متعدد انجام شده در مورد درد بیماران علیرغم این که به کنترل درد توجه زیادی شده است، در هیچ کدام از این تحقیقات به یک روش منظم و سیستماتیک برای کنترل درد اشاره ای نشده است. در حالی که در این پژوهش با نگرش جدیدی که به درد به عنوان علامت هشداردهنده توجه می شود، این امر را تداعی می کند 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 چرا که با برآورده کردن نیاز تسکینی بیماران می توانیم آن ها را در امر مراقبت و درمان مشارکت داده و بدین آسایش بیشتری را برای بیماران تأمین نموده و بدین وسیله سلامت جامعه را نیز ارتقاء بخشیم.

در تحقیق دیگری که توسط کلی تحت عنوان «ارتباط بین رضایت بیماران با پایش و مداخله سیستماتیک درد با استفاده از منابع دیداری درد» در بخش اورژانس بیمارستانی در استرالیا انجام شد، ۴۱ درصد بیماران رضایت خیلی خوب، ۳۰ درصد رضای خوب، ۲۲ درصد رضایت میانه و ۷ درصد رضایت ضعیف را گزارش کردند. در واقع رضایت ۷۰ درصد «بیماران خیلی خوب» یا خوب بود علیرغم این که هنوز درد را تجربه می کردند (۱۲). از این تحقیق چنین بر می آید که افزایش ارتباط با بیمار و توضیح خواستن از او برای تعیین کردن درجه درد باعث می شود 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 بیماران از کنترل درد خواهد شد علیرغم این که درد آن ها به طور کامل تسکین نیافته باشد.

تحقیق دیگری توسط روزنتال و جاپویل با عنوان " آیا بیمارستان های دارای مرگ و میر پایین تر، میزان رضایت بالاتری را در پی دارند؟" نتایج آن نشان داد که بیمارستان های همراه با رضایت بالاتر در بیماران، مرگ و میر کمتری دارند. از این مطالعه می توان دریافت که رضایت بالای بیماران حتی باعث کاهش مرگ و میر و کاهش طول مدت بستری در بیمارستان می شود (۱۳).

در پژوهشی که توسط دستی تحت عنوان «بررسی میزان رضایت بیماران بستری از مراقبت های پرستاری و انتظارات آنان از کادر پرستاری در بخش های داخلی-جراحی بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه» انجام شد، در مجموع ۷/۱ درصد بیماران از مراقبت های پرستاری ناراضی و ۷۲/۲ درصد نسبتاً راضی

References

1. Taylor LR. Fundamental of nursing: the art science of nursing care. 4th ed. Lippincott. 2001; pp. 530-40.
2. Huang N, Cunningham F, Laurito CE, Chen C. Can we do better with postoperative pain management? American journal of surgery. 2001; 182: 440-8.

۳- الهی فؤاد، درد مزمن؛ ماهیت، مداوا، تجربه اثرات جانبی. چاپ اول، تهران، انتشارات تیمورزاده، ۱۳۸۰.

4. Pasero C, McCaffery M. When patients can't report pain. Assessing patients with communication difficulties. *The American journal of nursing*. 2000; 100: 22-3.
- ۵- تراب‌پور طرقي مسعود. بررسی تأثیر طب فشاری بر وضعیت درد بیماران بعد از اعمال جراحی شکمی. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. تهران: دانشکده علوم پزشکی تربیت مدرس، ۱۳۷۵.
- ۶- فیپس لانگ، وودز کاسمیر. پرستاری در جراحی. ترجمه اباندر حبیبی نیا و بهرام خانه دان، تهران: انتشارات چهر، صفحات ۲۰۷ تا ۲۱۲.
- ۷- نیاکانی اسدالله. 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، صفحه ۴.
8. Sein E, Groh K. Preoperative management patient education. *PRN Newsletter*. 2000; 4: 5.
9. Dihle A, Helseth S, Kongsgaard E, Steven M, Miaskowski C. Using the American Pain Society's patient outcome questionnaire to evaluate the quality of postoperative pain management in a sample of Norwegian patients. *J Pain*. 2006; 7: 272-80.
10. Manz BD, Mosier R, Nusser-Gerlach MA, Bergstrom N, Agrawal S. Pain assessment in the cognitively impaired and unimpaired elderly. *Pain Manag Nurs*. 2000; 1:106-15.
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: 43-9.
12. Yimyaem PR, Kritsanaprakornkil W, Thienthong S, Horatanaruang D, Palachewa K, Tantanatewin W, et al. Post-operative pain management by acute pain service in a university hospital Thailand. *Acute Pain*. 2006; 8:161-7.
13. Iohom G. Aggressive perioperative pain management after breast surgery reduce chronic and postoperative pain. *Pain Management*, 2005; 20:10-12.
14. Mc Geary RA. A practical approach to improving pain management for inpatient gynecological surgery patients. *J Nurs care qual*. 1999; 13: 83-5.
15. Robaux S, Bouaziz H, Cornet C, Boivin JM, Lefevre N, Laxenaire MC. Acute postoperative pain management at home after ambulatory surgery: a French pilot survey of general practitioners' views. *Anesthesia and analgesia*. 2002; 95: 1258-62.