

تأثیر برنامه ارتباطی - آموزشی بر رضایتمندی بیماران مبتلا به

سرطان تحت عمل جراحی از کنترل درد

مسعود بهرامی^۱

سمیه دهقانی

مریم اقبالی

رضا دریاییگی

چکیده

مقدمه: نتایج مطالعات محدود مربوط به تأثیر برنامه‌های ارتباطی - آموزشی بر رضایتمندی بیماران از کنترل درد در تحقیقات قبلی ضد و نقیض بوده است. هدف این مطالعه بررسی تأثیر یک برنامه مراقبتی جامع مبتنی بر ارتباط و آموزش به بیمار بر رضایتمندی بیماران مبتلا به سرطان از کنترل درد بعد از عمل جراحی بود.

روش: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی دو گروهی با طرح قبل و بعد است که در بیمارستان سیدالشهداء وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۸۹ انجام شد. ۷۰ بیمار به صورت تصادفی در یکی از دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. مداخله شامل آموزش قبل از عمل، ارتباط بعد از عمل و پایش درد توسط پرستار بود. از پرسشنامه نتایج بیمار - جامعه درد آمریکا برای سنجش رضایتمندی بیماران از برنامه بکاررفته برای کنترل درد استفاده شد.

یافته‌ها: مقایسه میانگین اختلاف نمره رضایتمندی کلی از کنترل درد و رضایتمندی از کنترل درد توسط پرستار نشان داد که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.05$)، به عبارت دیگر در گروه آزمون رضایتمندی کلی از کنترل درد و رضایتمندی از کنترل درد توسط پرستار بالاتر از گروه کنترل بود.

۱. دکترای تخصصی پرستاری، استادیار دانشگاه، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، ایران.

بحث: یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از تأثیر مثبت برنامه مراقبتی بر رضایتمندی کلی از کنترل درد و رضایتمندی از کنترل درد توسط پرستار است. لذا می‌توان برنامه آموزشی - ارتباطی مذکور را که شیوه‌ای آسان، ارزان‌قیمت، قابل اجرا، ایمن و مؤثر است را جهت ارتقای رضایت بیماران بعد از عمل جراحی بکار بست.

واژگان کلیدی

پرستار، درد، جراحی، آموزش به بیمار، ارتباط، کنترل درد، کارآزمایی بالینی، سرطان، رضایتمندی

مقدمه

بسیاری از بیماران سرطانی تحت عمل جراحی به دلیل آسیب به اعصاب سوماتیک درد شدیدی را احساس می‌کنند، به طوری که درد یکی از رایج‌ترین مشکلات تشخیص داده شده پرستاری به ویژه در بخش‌های جراحی سرطان است. (کرنی، ۲۰۰۶ م.) برای تسکین درد بعد از عمل از مداخلات دارویی و غیردارویی متعددی استفاده می‌شود. (مارتین، ۲۰۰۶ م.)

از بین مداخلات غیر دارویی برقراری ارتباط با بیمار و آموزش در دوره قبل و بعد از عمل، یکی از مهارت‌های کلیدی است که تیم بهداشتی باید در جهت توسعه آن بکوشند، زیرا ممکن است نتایج مثبت بعد از عمل را ارتقا بخشد و باعث تسریع دوره بهبودی شود. (چنگ، ۲۰۰۳ م.) انجمن پرستاری سرطان^۲ آموزش را یکی از مسؤولیت‌های پرستاری و سازمان ملی سلامتی^۳ نقش پرستار را در کنترل درد سرطان آموزش‌دهنده، هماهنگ‌کننده مراقبت و حامی معرفی کرده‌اند. طبق بررسی‌های به عمل آمده، بیماران و خانواده‌هایشان دانش کافی در مورد کنترل درد ندارند که این باعث ایجاد ترس و استرس برای بیماران و مراقبت‌کنندگان از آن‌ها می‌شود و خود مانعی در جهت ارائه مراقبت به حساب می‌آید، (ورونا، ۲۰۰۳ م.) البته هرچند محققان عقیده دارند که برنامه‌های آموزشی در بیماران سرطانی باعث بهبود بخشیدن به دانش و اصلاح عقاید نادرست در مورد کنترل درد می‌شود، اما اثبات ارتباط واضح بین آموزش و دستیابی به نتایج مطلوب در کنترل درد مشکل است. (ولز، ۲۰۰۳ م.)

علاوه بر اهمیت آموزش، ارتباط پرستار با بیمار نیز جهت کاهش درد حائز اهمیت است. یکی از این روش‌های ارتباطی، پایش درد است که به نظر می‌رسد علاوه بر این که شدت درد را در بیمار ارزیابی می‌کند، به دلیل افزایش توجه و

ارتباط با بیمار و ایجاد دیدگاه بیمارمحوری در ارائه مراقبت، ممکن است باعث بهبودبخشیدن به نتایج بیمار گردد. پایش درد به دنبال جراحی برای مراقبت از بیماران در دوره بعد از عمل اهمیت اساسی دارد، زیرا طبق شواهد موجود تأثیر مثبتی بر شدت درد داشته و کیفیت کنترل آن را افزایش می‌دهد. متأسفانه بر اساس مطالعات انجام شده، ارتباط بین پرستاران و بیماران جهت بررسی و کنترل درد کافی نیست و پرستاران به دلیل عدم اعتماد به گزارش درد بیماران و عدم استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری مناسب، پایش درد را بر اساس نشانه‌های عینی مانند رنگ پریدگی، مردمک‌های گشاد، افزایش ضربان قلب، افزایش تعداد تنفس، افزایش فشار خون، تهوع، ضعف انجام می‌دهند، در حالی که استاندارد طلایی برای پایش درد گزارش خود بیمار است. (ورونا، ۲۰۰۳ م؛ کیک بوم، ۲۰۰۱ م.) این ارتباط غیر مؤثر بین بیماران و اعضای تیم درمان یکی از دلایل اصلی کنترل ناکافی درد به حساب می‌آید. (کوهن، ۲۰۰۳ م.)

موضوع حائز اهمیت دیگر، رضایت بیمار از کنترل درد است که یکی از پنج نتیجه مرتبط با مداخلات پرستاری است و ممکن است بر تصمیم‌گیری در جستجوی مراقبت، تغییر در برنامه‌های پزشکی و پیروی از برنامه‌های درمانی تجویز شده تأثیرگذار باشد. (بک، ۲۰۱۰ م.) رضایت بیمار همچنین باعث مشارکت بیشتر وی در امر مراقبت شده و در نتیجه می‌تواند منجر به تسریع بهبودی و کاهش طول مدت بستری شود که در نتیجه کاهش بار اقتصادی هم برای بیمار و هم برای جامعه را به دنبال خواهد داشت. (شریفی و همکاران، ۱۳۸۴ ش.) به همین دلیل در سال‌های اخیر یکی از شیوه‌هایی که برای ارزیابی مؤثر بودن درمان استفاده می‌شود رضایت بیماران از کنترل درد است که باعث حساس شدن پرستاران به نیازهای بیماران شده و بر نتایج بالینی تأثیرگذار است. (یزدی مقدم، ۱۳۸۵ ش.) با توجه به

اهمیت رضایت بیمار از کنترل درد، انجمن درد آمریکا^۵ و سازمان مسؤول تدوین سیاست‌های مراقبت بهداشتی و تحقیقاتی بر اهمیت ارزیابی رضایت بیماران از درمان درد تأکید کرده‌اند. (مورول، ۲۰۰۷ م.)

علی‌رغم تحقیقات وسیعی که پیرامون رضایت بیماران در حیطه‌های مختلف انجام شده، در مورد رضایت از تسکین درد تحقیقات اندکی صورت گرفته است. با توجه به مطالب گفته‌شده، به نظر می‌رسد که تعامل و ارتباط بین پرستار با بیمار با تأکید بر مراقبت کل‌نگر با نتایج مطلوب برای بیمار همراه خواهد بود و به نظر پژوهشگران آموزش قبل از عمل، پایش منظم درد توسط پرستار و مشاوره با بیمار در دوره بعد از عمل به دلیل افزایش ارتباط با بیمار ممکن است باعث تغییر در توجه و انحراف فکر بیمار شود و خود این امر ممکن است باعث کاهش شدت درد و تامین سطح مطلوب رضایتمندی از کنترل درد گردد. با این وجود در بیشتر تحقیقات انجام‌شده در این حیطه به بررسی تأثیر یک برنامه مراقبتی جامع متشکل از عناصر مختلف آموزشی و ارتباطی پرداخته نشده و از طرفی در زمینه پایش درد بیشتر به مستندسازی درد اشاره شده و به جنبه ارتباطی آن توجه کافی نشده است که همین امر لزوم انجام چنین تحقیقی را آشکار می‌سازد.

هدف این مطالعه تعیین تأثیر یک برنامه ارتباطی - آموزشی بر رضایتمندی بیماران از کنترل درد بعد از عمل جراحی سرطان بود.

روش

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی دو گروهی با طرح قبل و بعد است که در سال ۱۳۸۹ در بخش جراحی بیمارستان سیدالشهدا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. این بیمارستان به عنوان یک مرکز تخصصی مسؤول

پذیرش و بستری کردن بیماران سرطانی جهت دریافت درمان‌های معمول از جمله شیمی‌درمانی، اشعه درمانی و جراحی به شکل سرپایی و بستری می‌باشد. کنترل روتین درد شامل تجویز داروهای ضد درد (مانند داروهای خوراکی و تزریقات وریدی) در فواصل معمول یا بر اساس نیاز بیمار است.

حجم نمونه با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۸۰٪ و اختلاف میانگین تغییرات نمره رضایتمندی بین دو گروه برابر با ۰/۷ انحراف معیار، ۷۰ بیمار محاسبه گردید. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از این که بیماران با تشخیص بدخیمی جهت انجام جراحی انتخابی در ناحیه شکم و قفسه سینه بستری شده باشند (زیرا پروتکل تسکین درد در این‌گونه بیماران مشابه است)، تا ۲۴ ساعت بعد از عمل در بخش بستری باشند، توانایی فهم و تکلم به زبان فارسی داشته باشند، علاقمند به شرکت در مطالعه باشند، بیماری روانی ثبت شده در پرونده نداشته باشند، قادر به برقراری ارتباط و فهم پرسشنامه باشند، سن آن‌ها بین ۱۸ تا ۷۵ سال باشد (با توجه به این که اختلالات حسی مرتبط با سن، ارزیابی درد را مشکل می‌کند، در نتیجه بیماران با سن ۷۵ سال و بالاتر از مطالعه حذف شدند)، به مواد مخدر و سایر داروها اعتیاد نداشته باشند و تاریخچه قبلی درد مزمن نداشته باشند. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از عدم تمایل بیماران به ادامه مطالعه، وجود هرگونه مشکل به نحوی که بیمار قادر به ادامه شرکت در مطالعه نباشد، بازگشت مجدد به اتاق عمل، گيجی در دوره بعد از عمل و پذیرش به بخش مراقبت‌های ویژه.

پژوهشگر پس از تأیید طرح توسط دانشگاه و اخذ مجوز از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و با در دست داشتن معرفی‌نامه، به بیمارستان مراجعه و پس از ارائه معرفی‌نامه به مسئولین بیمارستان اقدام به

نمونه‌گیری با روش آسان (در دسترس) نمود. شب قبل از عمل واحدهای مورد پژوهش از بین افراد بستری در بخش جراحی که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در یکی از دو گروه آزمون یا کنترل قرار گرفتند به این صورت که شماره فرد در گروه آزمون و شماره زوج در گروه کنترل قرار گرفت. در ابتدا پژوهشگر خود را به واحدهای مورد پژوهش معرفی کرد و پس از کسب رضایتنامه کتبی از سوی آنان و توضیح در مورد اهداف پژوهش، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک توسط پژوهشگر با پرسش از نمونه‌ها و پرونده تکمیل شد. همچنین نحوه پرکردن پرسشنامه‌ها رضایتمندی از کنترل درد و مقیاس عددی سنجش شدت درد برای دو گروه شرح داده شد و توسط پژوهشگریا همکار وی با پرسش از نمونه‌ها تکمیل شد. قبل از عمل جراحی شدت درد بیماران در دو گروه با مقیاس سنجش عددی اندازه‌گیری و ثبت شد و به عنوان شدت درد قبل از عمل در نظر گرفته شد.

در گروه آزمون، برنامه مراقبتی مورد نظر به این صورت بود که در ابتدا مداخله آموزشی درد به مدت ۳۰ دقیقه به صورت گروهی در اتاق بیماران برگزار شد. این مدت زمان بر اساس مطالعه لینگ ونگ (۲۰۱۰ م.) انتخاب شد. گروه‌ها حداقل شامل دو نفر بود و در صورت محدودیت تعداد بیمار، آموزش به صورت انفرادی در اتاق هر بیمار برگزار می‌شد. در ۵ دقیقه اول، هدف ایجاد همدلی با بیمار و معرفی مداخله آموزشی بود. مداخله آموزشی شامل دو جزء بود. جزء اول شامل ارائه اطلاعات جامع در ارتباط با درد بود که محتوای آن بر اساس مطالعات قبلی فراهم شده بود و مدت زمان آن ۱۵ دقیقه بود. در این بخش در رابطه با تعریف درد، انواع درد (حاد، مزمن، وابسته به سرطان)، تأثیرات نامطلوب درد بعد از عمل در ابعاد جسمی، روحی، اقتصادی، متدهای دارویی و غیر دارویی تسکین

درد و شیوه اندازه‌گیری درد با مقیاس‌های مختلف اطلاعات لازم در اختیار بیمار گذاشته شد. بخش دوم شامل آموزش ورزش‌های تنفسی آرام‌سازی جهت کنترل درد بود و مدت زمان آن ۱۰ دقیقه بود. در این بخش بعد از حصول اطمینان از توانایی بیماران در انجام این شیوه، به آن‌ها گفته شد که هنگام تجربه درد در دوره بعد از عمل، ورزش‌های تنفسی آرام‌سازی را انجام دهند. در پایان مداخله آموزشی قبل از عمل، مطالب ارائه‌شده به صورت کتابچه‌ای در اختیار گروه آزمون قرار داده شد و بیماران تشویق شدند که آن را مطالعه کنند.

بخش دیگر برنامه مراقبتی تعامل با بیمار بود که در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل انجام شد. بعد از بازگشت بیمار از اتاق عمل به بخش و در حالی که بیمار هوشیار بود و از توانایی برقراری ارتباط برخوردار بود، برنامه تعامل با بیمار اجرا شد به گونه‌ای که ۶ مرتبه هر بار به مدت ۵ دقیقه با بیمار ارتباط برقرار شد. مدت زمان کلی تعامل ۳۰ دقیقه بود. لازم به ذکر است که فواصل برقراری تعامل با بیمار ۲ ساعت بود. در هر بار ارتباط با بیمار در مورد موضوع جداگانه‌ای با بیمار صحبت می‌شد و از مجموعه‌ای از اصول ارتباطی به هنگام تعامل با بیمار استفاده شد. محتوای گفتگو با بیمار در اولین تعامل موضوع مورد علاقه بیمار بود و به نگرانی‌های وی به دقت گوش داده شد. در دومین تعامل در مورد تجربه عمل جراحی، احساسات بیمار در مورد محیط بیمارستان، تعداد ملاقات‌کننده‌ها، زمان رفتن به خانه، احساسات منفی وی و راهکارهای کنترل استرس با بیمار صحبت شد و آموزش‌های لازم به وی داده شد. در سومین تعامل در مورد کاربرد تکنیک آرام‌سازی تنفسی، دیدگاه‌های بیمار در مورد آن، علت عدم استفاده از آن با بیمار صحبت شد و بیمار تشویق به انجام‌دادن آن تکنیک‌ها بخصوص در زمان داشتن درد شد. در چهارمین تعامل در مورد آموزش قبل از عمل و محتوای کتابچه با

بیمار صحبت شد و به سؤالات بیمار پاسخ داده شد و در صورت تمایل بیمار اطلاعات جامع‌تری در مورد درد به خصوص درد بعد از عمل در اختیار بیمار گذاشته شد. در پنجمین تعامل در مورد تجربه کنترل درد بعد از عمل توسط پرستار با بیمار صحبت شد به گونه‌ای که به نقطه نظرات بیمار در مورد مراقبت پرستاری مناسب در ارتباط با بیمار دردمند توجه شد و از آن‌ها پرسیده شد که چه خواسته‌هایی از پرستاران در زمان داشتن درد دارند. در ششمین تعامل محور گفتگو تجربه درد بعد از عمل بود. بیمار با لغات انتخابی خودش دردش را توصیف می‌کرد و شیوه‌هایی که برای کنترل دردش استفاده می‌کرد را گزارش می‌نمود. همچنین در مورد عوامل تشدیدکننده و تخفیف‌دهنده درد، سوء برداشت‌های احتمالی در مورد درد، ضد دردها، درد بعد از عمل با بیمار صحبت شد و در نهایت بعد از آگاهی از احساسات بیمار در زمینه تعامل، اختتام آن اعلام شد. بعد از هر بار برقراری ارتباط با بیمار پایش شدت درد در روز اول بعد از عمل جراحی انجام شد، بدین صورت که هر ۲ ساعت یکبار در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل شدت درد بیماران توسط پژوهشگر یا همکار وی با مقیاس سنجش عددی اندازه‌گیری و ثبت شد و شکایت بیماران از درد به اطلاع مسئول بخش در هر شیفت رسانده شد و مسکن طبق دوز دستور داده شده از جانب پزشک به بیمار تزریق شد. دوز مسکن مصرفی در هر بار در پرسشنامه ثبت شد. لازم به ذکر است که پایش درد از ۸ شب تا ۸ صبح انجام نشد، زیرا بر اساس نظر مک للان (۲۰۰۴ م.) اندازه‌گیری شدت درد در شب باعث تداخل در خواب بیماران می‌شود و با توجه به تخصیص تصادفی نمونه‌ها در دو گروه آزمون و کنترل، عدم انجام پایش درد در طول شب در نتیجه پژوهش تأثیرگذار نیست. به طور کلی در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل ۶ بار با بیمار ارتباط برقرار شد و ۶ بار هم درد بیماران اندازه‌گیری و ثبت شد.

در گروه کنترل، نمونه‌ها به جز دریافت مداخلات روتین بخش، مداخله اضافی دریافت نکردند، البته در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل مانند گروه آزمون هر ۲ ساعت یک بار شدت درد بیماران توسط پژوهشگر یا همکار وی با مقیاس سنجش عددی اندازه‌گیری و ثبت شد و شکایت بیماران از درد به اطلاع مسئول بخش در بخش جراحی رسانده شد و مسکن طبق دوز دستور داده شده از جانب پزشک به بیمار تزریق شد. برای کلیه بیماران در دو گروه آزمون و کنترل قبل از عمل جراحی، ۱۲ ساعت بعد از عمل و ۲۴ ساعت بعد از عمل شدت درد با مقیاس سنجش عددی و در ۱۲ ساعت بعد از عمل و ۲۴ ساعت بعد از عمل رضایت از کنترل درد با پرسشنامه توسط پژوهشگر یا همکار وی تکمیل شد.

در این پژوهش، داده‌ها با استفاده از دو پرسشنامه جمع‌آوری شد. پرسشنامه اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک و پزشکی بود که شامل سؤالاتی راجع به جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، تشخیص بیماری، نوع جراحی و میزان مصرف مخدر بود. ابزار دوم برگرفته از پرسشنامه نتایج بیمار - جامعه درد امریکا بود که توسط کمیته کیفیت مراقبت جامعه درد امریکا به عنوان بخشی از راهنماهای بهبودی در کیفیت برای درمان بهتر درد حاد و درد سرطان در سال ۱۹۹۱ م طراحی شد. امکان اصلاح سؤالات یا اضافه کردن آیتم‌های جدید بر اساس جمعیت خاص بیماران، هدف مطالعه و محیط خاص وجود دارد. این پرسشنامه بخش‌های مختلفی دارد که از دو قسمت این پرسشنامه در این تحقیق استفاده شد. قسمت اول مربوط به اندازه‌گیری شدت درد است که بر اساس معیار صفر تا ۱۰ درد را درجه‌بندی می‌کند که نمره صفر نشان‌دهنده فقدان درد و نمره ۱۰ نشان‌دهنده بیشترین درد است. بخش دوم پرسشنامه مربوط به رضایت بیمار از کنترل درد است که با ۲ سؤال سنجیده شد. سؤال اول در ارتباط با رضایتمندی

کلی از درمان درد و سؤال ۲ در ارتباط با رضایتمندی از کنترل درد توسط پرستار بود. نمره دهی هر ۲ سؤال بر اساس معیار ۱ تا ۶ انجام شد به نحوی که نمره ۱ نشان‌دهنده بدترین حالت (بسیار ناراضی) و نمره ۶ نشان‌دهنده بهترین حالت (خیلی راضی) بود. از نظر روایی و پایایی، مشخص شده که این ابزار از روایی درونی بالا با ضریب آلفا بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۷ برای بیماران مبتلا به سرطان در کشورهای مختلف برخوردار است. (اولین و همکاران، ۲۰۰۹ م.) استولیک (۲۰۰۴ م.) در مطالعه خود اشاره کرد که پایایی پرسشنامه نتایج بیمار - جامعه درد آمریکا با ضریب الفا کرونباخ بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۱ می‌باشد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی - استنباطی (آزمون‌های کای دو و تی مستقل) استفاده گردید. p مساوی یا کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

مقایسه بعضی از ویژگی‌های واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ آمده است.

آزمون‌های آماری مجذور کای و تی مستقل نشان داد که بیماران مورد پژوهش در هر دو گروه از نظر ویژگی‌های دموگرافیک و مرتبط با بیماری مانند جنس، سن، نوع سرطان، نوع جراحی، نوع و میزان مصرف مخدر همگن هستند. میانگین و اختلاف معیار نمره رضایتمندی کلی از کنترل درد بین دو گروه آزمون و کنترل در ۱۲ و ۲۴ ساعت اول بعد از عمل جراحی در جدول شماره ۲ گزارش شده است. نتایج آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که بین میانگین اختلاف

امتیاز نمره رضایتمندی کلی از کنترل درد بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$)

میانگین اختلاف نمره رضایتمندی از کنترل درد توسط پرستار بین دو گروه آزمون و کنترل در ۱۲ و ۲۴ ساعت اول بعد از عمل جراحی در جدول شماره ۳ گزارش شده است. نتایج آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که بین میانگین اختلاف امتیاز نمره رضایتمندی از کنترل درد توسط پرستار بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$).

بحث

نتایج نشان داد که رضایتمندی در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت. در هر دو گروه آزمون و کنترل به طور جداگانه رضایتمندی کلی از کنترل درد در ۲۴ ساعت اول به طور معناداری بیش از ۱۲ ساعت اول بود، اما در گروه آزمون هم در ۱۲ ساعت اول و هم در ۲۴ ساعت اول میانگین نمره رضایتمندی بالاتر از گروه کنترل بود. یکی از دلایل احتمالی که برای افزایش رضایتمندی کلی از کنترل درد در هر دو گروه مطرح می‌شود این است که معمولاً شدت درد در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل کاهش پیدا می‌کند. از طرفی دریافت برنامه مراقبتی در گروه آزمون می‌تواند به رضایتمندی بالاتر منجر شود، زیرا هرچند شدت درد در رضایتمندی تأثیرگذار است، اما به تنهایی کافی نیست و پایه‌گذاری تعامل با بیمار عامل مهم‌تری در ایجاد رضایتمندی در مقایسه با تجویز دارو به تنهایی است. اهمیت توجه به جنبه‌های بین فردی و تعاملی در حدی است که طبق نظر مرکوریز (۲۰۰۴ م.) رضایتمندی از مراقبت ۳ بعد دارد که با همدیگر همپوشانی دارند: رضایتمندی از سیستم بهداشتی درمانی، رضایتمندی از جنبه‌های روابط بین

فردی و رضایتمندی از جنبه‌های تکنیکی مراقبت. که در این بین رضایتمندی از جنبه‌های روابط بین فردی، عنصر اصلی در رضایتمندی از ابعاد مختلف مراقبت به حساب می‌آید.

در گروه آزمون رضایتمندی از کنترل درد توسط پرستار در ۲۴ ساعت اول بالاتر از ۱۲ ساعت اول در مقایسه با گروه کنترل بود و اختلاف نمره رضایتمندی هم این تفاوت را نشان داد. این که چگونه برنامه مراقبتی اجرا شده باعث افزایش رضایتمندی از کنترل درد توسط پرستار شده می‌تواند به این دلیل باشد که رضایتمندی بیشتر با جنبه‌های روانی مراقبت تا جنبه‌های تکنیکی در ارتباط است. درد بعد از عمل علاوه بر تأثیر بر پاسخ‌های فیزیولوژیک بر جنبه‌های روانی هم تأثیرگذار است و برنامه مراقبتی ارائه شده با تأکید بر ماهیت کل‌نگر انسان با نتایج مثبت همراه بود، زیرا در بخش تعامل قبل از هر بار اندازه‌گیری شدت درد، به مدت ۵ دقیقه در مورد موضوع مورد علاقه بیمار، تجربه عمل جراحی، تکنیک آرام‌سازی تنفسی، یادآوری آموزش قبل از عمل، تجربه کنترل درد بعد از عمل توسط پرستار و تجربه درد بعد از عمل با بیمار صحبت می‌شد. همچنین از اصول ارتباطی مانند رفتارهای همدلانه، گوش‌دادن فعال، پذیرش و احترام به مددجو، بازخورد مثبت و رازداری جهت تداوم ارتباط کمک گرفته شد. توجه به مددجوی دچار بیماری تهدیدکننده حیات و پذیرش درد وی همراه با توجه به نیازهای ویژه آن‌ها می‌تواند باعث شود که بیمار احساس کند او به عنوان یک فرد مورد پذیرش است و همین امر باعث افزایش رضایتمندی بیمار شود. این نتیجه بیانگر آن است که بیماران به غیر از جنبه‌های تکنیکی مراقبت برای جنبه‌های ارتباطی از طرف پرستاران ارزش قایل می‌شوند و باید در برنامه‌ریزی مراقبت پرستاری با کیفیت

فقط به جنبه‌های تکنیکی پرستاری توجه نداشت، بلکه باید انتظارات و نیازهای بیماران در ابعاد ارتباطی را هم مد نظر قرار داد.

در پژوهش انجام شده توسط راستون و همکاران (۲۰۰۹ م.) بیماران سرطانی بر اهمیت نقش پرستاران در کنترل درد اشاره کردند و عقیده داشتند که پرستاران باید نقش شفاف‌تری در کنترل درد سرطان به غیر از تجویز داروها به عهده بگیرند. حضورداشتن و نقش حمایتی، آموزش دادن، تجویز داروها و شناسایی درد، ۴ درون‌مایه‌ای بود که به عنوان توانایی‌ها و قابلیت‌های مهم پرستاران در کنترل درد شناسایی شد. در مورد نقش حمایتی و حضورداشتن پرستاران به توانایی‌هایی همچون همدلی کردن، پایه‌ریزی اعتماد و مراقبت کردن به عنوان انتظارات رایج از پرستاران اشاره کردند و به اهمیت گوش دادن به گزارش درد بیماران اشاره کردند. در مورد نقش آموزشی، بیماران، پرستاران را به عنوان اشخاص آگاه در زمینه کنترل درد تصور می‌کردند که با ارائه آموزش، باعث کاهش اضطراب و عدم اطمینان بیماران می‌شدند و بعضی از بیماران به ضرورت وجود اطلاعات نوشتاری در درمان درد اشاره کردند. در مورد درون مایه تجویز دارو، بیماران انتظار انتخاب بهترین شیوه توسط پرستار برای تسکین درد و رنج را از طریق تجویز داروهای مسکن داشتند. در مورد درون مایه شناسایی درد، بیماران پرستاران را مسئول پیش‌بینی و شناسایی درد از روی نشانه‌های بیمار و همچنین تسکین درد می‌دانستند. در تحقیق رژه و همکاران (۱۳۸۶ ش.) تحت عنوان مدیریت کنترل درد از دیدگاه بیماران نیز، تعدادی درون مایه که حاصل دیدگاه بیماران از کنترل درد است پدیدار گشت از جمله حضور پرستاران و در دسترس بودن آن‌ها برای تسکین درد، برخورد انسانی با تأکید بر خلق و خوی دوستانه و برخورد مهربانانه پرستاران در زمان بروز درد، اطلاع‌رسانی و آموزش به بیمار در خصوص کنترل

درد، برقراری ارتباط و مشارکت بیمار و در نظر گرفتن کلیت و فردیت بیمار. در مجموع بر اساس یافته‌های این تحقیق می‌توان گفت که از دیدگاه بیماران، روابط بین پرستار و بیمار در جهت کنترل مطلوب درد الزامی است. یافته‌های این تحقیق باید در کنار محدودیت‌های آن مورد توجه قرار گیرد. در تحقیق کنونی به علت این که در بیماران دریافت‌کننده مخدر مقاومت ایجاد می‌شود، همچنین بیماران ممکن است بدون اجازه کادر درمانی داروها و موادی را که در دستور پزشک نمی‌باشد مصرف کنند، این امر می‌تواند بر شدت درد تأثیرگذار باشد، البته پژوهشگر با طرح سؤال از بیماران سعی در حذف این نمونه‌ها کرد، اما چون ممکن است نمونه‌ها از جواب صحیح اجتناب کنند این متغیر به طور نسبی کنترل شد. همچنین با توجه به ترخیص زودهنگام بیماران در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل جراحی امکان انجام این پژوهش در دوره طولانی‌تر (۴۸ ساعت بعد از عمل) مقدور نبود. لذا توصیه می‌شود تحقیق مشابه برای مدت زمان طولانی‌تر از ۴۸ ساعت انجام شود.

نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از تأثیر مثبت برنامه مراقبتی بر رضایتمندی کلی از کنترل درد و رضایتمندی از کنترل درد توسط پرستار است. ایجاد نگرش بیمارمحوری در انجام خدمات پرستاری با توجه به نیازهای بیماران، ارتباط مؤثر پرستار با بیمار با تکیه بر بکارگیری اصول ارتباطی، توجه به جنبه‌های انسان‌گرایانه پرستاری و توجه به کنترل درد از دیدگاه بیماران، می‌تواند باعث افزایش رضایتمندی کلی از کنترل درد و رضایتمندی از کنترل درد توسط پرستار شوند.

پی‌نوشت

1. Cheung
2. Oncology nursing society
3. National institutes of health
4. Wells
5. American pain society
6. Murol

فهرست منابع

منابع فارسی:

- ردی، برایان، توماس، ادواردز. (۱۳۸۴ ش.). *راهنمای عملی اداره کردن دردهای حاد*. مترجمان محمد شریفی و آرش اردوخانی، نویسنده. تهران: انتشارات انجمن جهانی مطالعه درد.
- رژه، ن. احمدی، ف. محمدی، ع. کاظم‌نژاد، ا. انوشه، م. (۱۳۸۶ ش.). مدیریت کنترل درد: دیدگاه بیماران. *فصلنامه پرستاری ایران*. دوره ۲۰، شماره ۵۲.
- یزدی‌مقدم، ح. معاریان، ر. محمدی، ع. (۱۳۸۵ ش.). تأثیر پایش و مداخله سیستماتیک درد به عنوان پنجمین علامت حیاتی بر میزان رضایت بیماران از نحوه کنترل درد بعد از عمل جراحی شکمی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*. دوره ۱۳، شماره ۲، صص ۸-۱۲۱.

منابع انگلیسی:

- Beck, SL. Towsley, GL. Berry, PH. Lindau, K. Field, RB. Jensen, S. (2010). Core aspects of satisfaction with pain management: Cancer patients' perspectives. *Journal of Pain and Symptom Management*. 39 (1): 100-15.
- Cheung, LH. Callaghan, P. Chang, AM. (2003). Controlled trial of psycho-educational interventions in preparing Chinese women for elective hysterectomy. *Int J Nurse Stud*. 40: 207-16.
- Cohen, MZ. Easley, MK. Ellis, C. Beverly Hughes, CO. Ownby, Rashad, BG. (2003). Cancer pain management and the JCAHO's pain standards: An institutional challenge. *Journal of Pain and Symptom Management*. 25 (6): 519-25.

- Evelien, HV. Marieke Patija, J. Annemie, M. (2009). Randomized clinical trial of an intensive nursing-based pain education program for cancer outpatients suffering from pain. *Support Care Cancer*. 17: 1089-99.
- Kweekkeboom, KLH. (2001). Assessment of pain in the critically ill: pain management in critical care. *Critical Care Nursing Clinic of North America*. 13: 181-94.
- Kearney, N. Richardson, A. (2006). Nursing patients with cancer principles and practice. Edinburgh: Elsevier. *Churchill Livingstone*.
- Ling Wong, EM. Chi Chan, SW. Chair, SY. (2010). Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *Journal of Advanced Nursing*. 66 (5): 1120-31.
- MacLellan, K. (2004). Postoperative pain: Strategy for improving patient experiences. *J Adv Nurse*. 46: 179-85.
- Martin, CG. Turkelson, SL. (2006). Nursing care of the patient undergoing coronary artery bypass grafting. *J Cardiovasc Nurse*. 21: 109-17.
- Merkouris, A. Papathanassoglou, EDE. Lemonidou, C. (2004). Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? *International Journal of nursing studies*. 41: 355-67.
- Murol, LN. Poynia, R. Onkinea, K. Rhen, B. Makela, A. Niemi, TT. (2007). Patient satisfaction with postoperative pain management: effect of preoperative factors. *Pain Management Nursing*. 8 (3): 122-9.
- Rustoen, T. Gaardsrud, T. Leegaard, M. Wahl, AK. (2009). Nursing pain management qualitative interview study of patients with pain hospitalized for cancer treatment. *Pain Manage Nurse*. 10: 48-55.
- Stolic, S. (2004). The impact of preoperative education by a nurse- led, Acute pain service on pain management for cardiac surgical patient. Thesis. *Queensland University of technology*.
- Verona, C. (2003). An examination of the efficacy of specific nursing interventions to the management of pain in cancer patients. Thesis. *Queensland University of technology*.

Wells, N. Hepworth, J. Murphy, BA. Wujcik, DJ. (2003). Improving cancer pain management through patient and family education. *Journal of Pain and Symptom Management*. 25 (4): 344-56.

Yellen, E. (2003). The influence of nurse-sensitive variables on patient satisfaction. *AORN Journal*. 78 (5): 783-93.

جدول ۱: مقایسه تعدادی از ویژگی‌های واحدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمون و کنترل

نتیجه تست آماری	گروه کنترل	گروه آزمون	متغیر	
$\chi^2=0/44$	Mean=۴۳/۶۲ SD=۱۱/۷۴	Mean=۴۵ SD=۱۳/۴۳	سن (سال)	
$\chi^2=0/070$	%۷۱/۴۰ %۲۸/۶۰	%۸۰ %۲۰	مرد زن	جنس
$\chi^2=2/45$	%۶۱/۵۰ %۲۳/۱۰ %۱۵/۴۰	%۵۰ %۴۲/۳۰ %۷/۷۰	مرفین پتیدین متادون	تأهل
$\chi^2=6/42$	%۵۱/۴۰ %۱۷/۱۰ %۵/۷۰ %۲۵/۸	%۵۴/۳۰ %۵/۷۰ %۱۱/۴۰ %۲۸/۶	سرطان پستان لنفوم سرطان گوارشی سایر موارد	نوع سرطان

$\chi^2=2/97$	%۲۲/۹۰	%۳۱/۴۰	لامپکتومی	نوع جراحی
	%۲۲/۹۰	%۲۵/۷۰	ماستکتومی	
	%۱۴/۳۰	%۱۴/۳۰	لاپاراتومی	
	%۳۹/۹	%۲۸/۶	سایر موارد	

جدول ۲: مقایسه میانگین اختلاف نمره رضایتمندی کلی از کنترل درد بین دو گروه آزمون و کنترل در ۱۲ و ۲۴ ساعت اول بعد از عمل جراحی

نتیجه تست آماری	۱۲ ساعت اول - ۲۴ ساعت اول		زمان گروه
	انحراف معیار	میانگین اختلاف امتیاز	
$t=2/57$ *	۰/۶۰	۰/۵۰	آزمون
	۰/۴۰	۰/۲۰	کنترل

* معنی دار در سطح p کمتر از ۰/۰۵.

جدول ۳: مقایسه میانگین اختلاف نمره رضایتمندی از کنترل درد توسط پرستار بین دو گروه آزمون و کنترل در ۱۲ و ۲۴ ساعت اول بعد از عمل جراحی

نتیجه تست آماری	۱۲ ساعت اول - ۲۴ ساعت اول		زمان گروه
	انحراف معیار	میانگین اختلاف امتیاز	
$t=5/20$ *	۰/۵۰	۰/۲۰	آزمون
	۰/۲۰	۰/۰۲	کنترل

* معنی دار در سطح p کمتر از ۰/۰۵.

مسعود بهرامی: دکترای تخصصی پرستاری، استادیار دانشگاه، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیک: bahrami@nm.mui.ac.ir

سمیه دهقانی: کارشناس ارشد پرستاری، اصفهان، ایران.

مریم اقبالی: مربی عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، ایران.

رضا دریابیگی: مربی عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۶/۲۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۸/۱۲