

درک بیماران از کیفیت اداره درد پس از جراحی پیوند عروق کرونر

پژوهشگران: طاهره مقدس^۱، مژگان بقایی*^۲، میترا صدقی ثابت^۳، احسان کاظم نژاد لیلی^۴

(۱) گروه پرستاری (داخلی جراحی)، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

(۲) گروه پرستاری (داخلی جراحی)، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

(۳) گروه پرستاری (داخلی جراحی)، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

(۴) آمار حیاتی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۴/۷

چکیده

مقدمه: اداره درد پس از جراحی قلب یکی از مهمترین مراقبتهای پرستاری از بیماران است که به رضایتمندی و بهبودی سریعتر بیماران منجر می شود.

هدف: هدف این تحقیق بررسی درک بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر از کیفیت اداره درد بود.

روش کار: این پژوهش توصیفی مقطعی بر روی ۱۰۸ بیمار تحت جراحی پیوند عروق کرونر شهر رشت، به روش نمونه گیری تدریجی صورت گرفت. داده ها با ۳ پرسشنامه جمعیت شناختی، اداره درد بعد از جراحی و رضایت بیمار از تسکین درد به روش مشاهده پرونده و مصاحبه با نمونه های دارای مشخصات تعیین شده گردآوری و با کمک آزمون های آماری آنوا، اسپیرمن و ویلکاکسون تحت نرم افزار SPSS، ویرایش ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار درک بیماران از مراقبت ارائه شده مرتبط با درد $3/56 \pm 0/84$ بود که نشانگر نیاز به توجهات ویژه می باشد. این متغیر با سن بیش از ۷۰ سال ($p < 0/022$)، جنسیت زن ($p < 0/001$)، وضعیت تاهل (همسر فوت شده) ($p < 0/025$) و عدم سابقه جراحی ($p < 0/001$) بیماران دارای ارتباط معنی دار مستقیم بود. میانگین و انحراف معیار رضایت بیمار از تسکین درد $8/4 \pm 1/68$ بود که مردان ($p < 0/015$) دارای سواد خواندن و نوشتن ($p < 0/032$) بطور معنی داری میانگین بالاتری داشتند.

نتیجه گیری: میانگین نسبتاً پایین نمره درک نمونه ها از کیفیت اداره درد بعد از جراحی ضرورت توجه بیشتر به این مقوله به ویژه در مردان با شرایط خاص تاهل و بدون سابقه جراحی و برنامه ریزی های مدون فردی و سازمانی جهت ارتقای کیفیت اداره درد را نشان می دهد.

کلید واژه ها: درد / رضایت بیمار / بیماران بستری / بای پس عروق کرونر

مقدمه

عروق کرونر در شهر رشت نشان داد که میانگین و انحراف معیار شدت درد واحد های مورد پژوهش در مرحله قبل از مداخله $5/7 \pm 1/3$ بود که در محدوده متوسط قرار داشت (۴). محمود و همکاران نیز با اشاره به درد قفسه سینه و پاها به عنوان شایعترین نشانه بعد از جراحی بای پس کرونری، اثرات منفی آن بر خلق و ایفای فعالیتهای روزانه بیمار را مورد فزاینده ای در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر می داند (۵). این روش جراحی که سالانه بر روی یک نفر از هر هزار آمریکایی انجام می شود (۶)، در استان گیلان نیز رشد روزافزونی دارد. چنانکه آمار گردآوری شده توسط پژوهشگر، نشانگر انجام ۱۴۷۴ مورد عمل جراحی پیوند عروق کرونر در سال ۱۳۸۷ در مقایسه با ۴۳۵ مورد در سال ۱۳۸۵ و افزایش ۳۰۰ درصدی طی دو سال در استان گیلان است.

درد بعد از جراحی، با وجود افزایش تمرکز بر برنامه های اداره درد و توسعه استانداردهای جدید بررسی درد، همچنان از نگرانیهای اصلی بیماران است (۱). بطوری که طبق نتایج مطالعات حدود ۲۰ درصد بیماران تحت عمل جراحی از درد خفیف، ۲۰ تا ۴۰ درصد از درد متوسط و ۴۰ تا ۶۰ درصد آنان از درد شدید شکایت می نمایند (۲). بنابراین یکی از مسئولیت های اصلی پرستاران در مرحله پس از جراحی فراهم کردن محیط راحت و مناسب برای بیماران و آموزش بیمار و خانواده ها برای انجام درمان های تسکینی در زمان مناسب خواهد بود (۳). این عارضه در جراحیهای بزرگی چون جراحی قلب اهمیت بیشتری خواهد داشت. محمودیان در تحقیق خود بر روی بررسی اثر تن آرامی بر درد بعد از جراحی پیوند

و همکاران نیز در تلاشی برای شناسایی دقیق مراقبت های مرتبط با اداره درد بعد از جراحی، طی یک مطالعه کیفی، چهار تم اصلی ارتباط، فعالیت، اطمینان و محیط را با اقدامات خاص مربوط به هر یک استخراج نمودند. نکته دیگری که امروزه در زمینه کیفیت اداره درد مورد توجه محققین قرار گرفته است، رضایت بیمار از تسکین درد به عنوان یکی از استانداردهای تعیین کننده عملکرد می باشد (۱۳). چنانکه نتایج مطالعه ای در یک بیمارستان آموزشی در فلوریدای آمریکا نشانگر ارتباط معناداری بین رضایت بیمار از تسکین سریع درد با عوارض بعد از عمل بود. براساس این مطالعه ۹۲ درصد بیماران با درد بعد از عمل، به عوارض جدی بعد از جراحی دچار شده بودند. درحالی که ۹۱/۸ درصد بیماران راضی یا خیلی راضی از تسکین درد عوارض بسیار کمتری را تجربه کرده بودند (۱۴).

اما علیرغم پیشرفت های علمی موجود، هنوز درد بعد از پیوند عروق کرونر با وقوع بالایی بر خلق و عملکرد روزانه بیماران موثر است (۵). از این رو اداره درد یک جنبه مهم مراقبت کیفی بوده و پایش برایندها در بیمار از اقدامات توصیه شده ارتقا دهنده کیفیت می باشد (۱۵). البته ذهنی بودن درد، شاید مشکل عمده موجود در دستیابی به هدف تسکین درد بیماران توسط مراقبین بهداشتی باشد. زیرا درد تجربه ای است که به تعبیر خود فرد وابسته است. این ویژگی بررسی کاملاً دقیق درد را مشکل می سازد (۱۴). دیگر آن که نحوه و میزان واکنش افراد به حس و تجربه درد تحت تأثیر عواملی چون سن، جنس، فرهنگ، نژاد، تجارب گذشته، سبک سازگاری، حمایت اجتماعی و اعتقادات مذهبی آنان قرار دارد (۱۱).

بنابراین پرستاران باید تجربه بیماران از درد را جهت تسهیل تأمین اهداف تسکین درد بررسی کنند (۱۶). از این رو پژوهشگران بر آن شدند که با بررسی درک بیمار از کیفیت اداره درد، در دو بعد ارائه مراقبت و رضایت بیمار پردازد. زیرا اندازه گیری کیفیت مراقبت در جهت به دست آوردن اطلاعات جزئی بیشتر درباره چگونگی مراقبت از بیمار، مشخص کردن موارد ضعف و قوت و یافتن

شیوع بالای درد در مراکز مراقبتی این نشانه را در زمره یکی از مفاهیم پایه پرستاری و اداره موثر آن را در الویت بالای تمامی استانداردهای مراقبت پرستاری قرار داده است (۷). بر این اساس، درد بعد از جراحی پیوند عروق کرونر نیز از تشخیص های مهم و بررسی و تسکین آن از اهداف اصلی پرستاری به شمار می رود (۶). بنابراین برنامه مراقبت باید بر بررسی های مکرر ماهیت و شدت درد، اجرای معیارهای موثر کاهنده درد و پایش منظم بیمار جهت اطمینان از تسکین کافی درد، اداره عوارض جانبی مسکنها و ایمنی بیمار تمرکز داشته باشد (۸). ایدموتو و کرسویک در این زمینه می نویسند که تسکین و اداره درد یکی از مهمترین توجهات از بیماران تحت جراحی قلب و خانواده های آنان است (۹) که لازم است با کیفیت مطلوب انجام گیرد تا اثر قابل توجهی بر روی تکرار و شدت درد بیمار داشته باشد (۳). زیرا تجربه درد علاوه بر ایجاد ناراحتی در بیمار، می تواند منجر به بروز عوارض و تأخیر بهبودی در فرد تحت عمل جراحی گشته و با تأثیر خود بر تمامی ابعاد روحی و جسمی، با عوارضی بر اقتصاد درمان نیز همراه باشد (۱۰)، در مقابل اداره موثر و مناسب درد موجب کاهش بیماریزایی، تسهیل بهبودی سریع و برگشت به عملکرد قبلی، ترخیص زودتر از بیمارستان و ارتقای کیفیت زندگی مددجویان خواهد شد (۱۱).

از این رو کمیته کیفیت مراقبت آمریکا، استانداردهایی را جهت ارتقای کیفیت اداره درد ارائه داده است که شامل گردآوری اطلاعات ضروری در مورد درد، آموزش قبل از عمل، مشارکت بیمار در مراقبت، پاسخ سریع به گزارش درد بیمار، اجرای سیاست ها و توجه به ایمنی راهکارهای ضد درد و بررسی برآیند درمان درد می باشند این کمیته ارزیابی پیوسته کیفیت فرایند اداره درد بیماران را حائز اهمیت دانسته است (۱۲). مرکز تحقیقات کیفیت مراقبت بهداشتی نیز مراقبت های بالینی مرتبط با اداره درد را مشتمل بر بررسی درد با استفاده از یک مقیاس نمره دهی، اجرای سریع مسکن ها به همراه روش های غیر دارویی مانند وضعیت دهی مناسب کاهنده درد و تأمین راحتی بیماران عنوان نموده است (۱۱). ایدوال

سنجیده شد که با ضریب همبستگی $0/98$ تایید شدند. جهت تجانس درونی از α کرونباخ استفاده گردید که 94 درصد حاصل گردید. تمامی داده ها تحت نرم افزار SPSS، ویرایش 16 تجزیه و تحلیل شدند. روش های آماری پارامتریک تی تست و آنوا جهت بررسی ارتباط درک بیمار از اداره درد با مشخصات دموگرافیک و روش های آماری نان پارامتریک آزمون من ویتنی یو و آزمون کروسکال - والیس جهت بررسی ارتباط درک بیمار از رضایت از تسکین درد با مشخصات دموگرافیک استفاده گردید.

لازم به ذکر است که کلیه ملاحظات اخلاقی شامل معرفی پژوهشگر به صورت رسمی و کتبی به مسئولین محیط پژوهش توسط ریاست محترم دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی رشت، ارائه توضیحات پیرامون اهداف پژوهش، کسب رضایت نامه کتبی (در افراد با سواد خواندن و نوشتن) و قرائت فرم رضایت نامه برای افراد بی سواد و جمع آوری اطلاعات بدون قید نام و نام خانوادگی در پرسشنامه و با حفظ محرمانه بودن اطلاعات در این تحقیق منظور شدند.

نتایج

جدول شماره یک نشانگر اطلاعات فردی نمونه های پژوهش می باشد. یافته ها در زمینه درک از مراقبتهای ارائه شده در تسکین درد نشان دادند که کمترین میانگین نمره درک بیماران $(1/46 \pm 1/18)$ در عبارت "حداقل یک بار در صبح، بعد از ظهر و عصر درد با عددی بین 1 تا 10 اندازه گیری می شود"، در حیطه فعالیت و بالاترین میانگین $(4/8 \pm 1)$ در عبارت "امکان حفظ آرامش و راحتی لازم برای خواب کافی در شب" مشاهده می شود که در حیطه محیط قرار دارد. در بخش موارد ویژه، اکثریت بیماران $(/88)$ به عبارت "پرستاران حداقل یک بار در صبح، بعد از ظهر و عصر شدت دردم را با عددی بین 1 تا 10 تعیین می کردند." پاسخ کاملاً مخالفم و مخالفم داده بودند.

در نهایت یافته ها نشانگر میانگین و انحراف معیار $8/46 \pm 1/68$ و $3/56 \pm 0/84$ به ترتیب برای درک بیماران از مراقبت ارائه شده مرتبط با درد و رضایت آنان از تسکین درد بود (جدول شماره ۲).

حیطه های احتمالی نیازمند ارتقا از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد (۱۷).

روش کار

پژوهش حاضر مطالعه ای توصیفی مقطعی با هدف بررسی درک بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر از کیفیت اداره درد بعد از عمل در بخش های جراحی مردان و زنان مرکز آموزشی- درمانی دکتر حشمت رشت بود. روش نمونه گیری به روش تدریجی بوده و تمامی بیماران دارای مشخصات ورود به پژوهش مانند توانایی برقراری ارتباط کلامی، حضور در بخش جراحی به مدت حداقل 24 ساعت بعد از انتقال از ICU، عدم اعتیاد به مواد مخدر، عدم ابتلا به بیماری عصبی-روانی تشخیص داده شده (آلزایمر، دمانس...) را شامل می شد. حجم نمونه با ضریب اطمینان 95% و قدرت آزمون 90% ، تعداد 108 بیمار محاسبه گردید.

گردآوری داده ها با استفاده از ابزاری 3 بخشی شامل اطلاعات فردی، پرسشنامه 14 عبارتی ایدوال و همکاران در چهار زیر گروه اعتماد (چهار عبارت)، فعالیت (چهار عبارت)، محیط (۳ عبارت) و ارتباط (۳ عبارت) جهت بررسی کیفیت اداره درد بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر و ابزار BPI برای بررسی رضایت بیمار از تسکین درد بود. پاسخ ها در ابزار کیفیت اداره درد به صورت لیکرت 5 گزینه ای، دارای طیفی از کاملاً مخالفم (امتیاز 1) تا کاملاً موافقم (با امتیاز 5) و در ابزار BPI بر روی برداری با طیف یک (عدم رضایت) تا ده (رضایت کامل)، بود. میانگین نمرات کسب شده در 2 ابزار فوق جهت تجزیه و تحلیل درک بیماران از کیفیت اداره درد (با محدوده $5-1$) و رضایت آنان از اداره درد (با محدوده $10-0$) استفاده گردید. البته در بخش تجزیه و تحلیل عبارات مرتبط با کیفیت اداره درد، میانگین نمرات پاسخهای کاملاً مخالفم و مخالفم، به طور مجزا، برای تعیین موارد ویژه نیازمند توجه پرستاری برای ارتقا نیز ارائه شده اند.

اعتبار پرسشنامه ها به روش اعتبار محتوی از نوع ترجمه - باز ترجمه و پایایی ابزارها به روش آزمون مجدد

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی بیماران تحت عمل جراحی پیوند

عروق کرونر بر اساس مشخصات دموگرافیک

متغیر	نوع	تعداد(درصد)
سن(سال)	کمتر از ۵۰	۲۲(۲۰/۴)
	۵۰-۶۰	۴۱(۳۸)
	۶۰-۷۰	۳۳(۳۰/۵)
	بیشتر از ۷۰	۱۲(۱۱/۱)
	جمع	۱۰۸(۱۰۰)
جنس	زن	۴۳(۳۹/۸)
	مرد	۶۵(۶۰/۲)
وضعیت تاهل	جمع	۱۰۸(۱۰۰)
	متاهل	۹۲(۸۵/۲)
	همسر فوت شده	۱۶(۱۴/۸)
تحصیلات	جمع	۱۰۸(۱۰۰)
	بیسواد	۱۰(۹/۳)
	سواد خواندن و نوشتن	۵۳(۴۹/۱)
	راهنمایی و دبیرستان	۲۶(۲۴/۱)
	دیپلم	۱۲(۱۱)
سابقه بستری	جمع	۱۰۸(۱۰۰)
	خیر	۵۹(۵۴/۶)
	بلی	۴۹(۴۵/۴)
سابقه جراحی	جمع	۱۰۸(۱۰۰)
	بلی	۴۸(۴۴/۴)
	خیر	۶۰(۵۵/۶)
نوع عمل جراحی	جمع	۱۰۸(۱۰۰)
	آنژیوپلاستی	۶(۵/۶)
	چشم	۹(۸/۲)
	شکم	۶(۵/۶)
	سایر جراحی ها	۲۷(۲۵)
سابقه درد قفسه سینه	جمع	۴۸(۴۴/۴)
	بلی	۴۰(۳۷)
	خیر	۶۸(۶۳)
مدت زمان کلامپ آنورت	جمع	۱۰۸(۱۰۰)
	کمتر از ۴۰ دقیقه	۱۴(۱۳)
	۴۰-۵۰ دقیقه	۳۹(۳۶/۱)
	۵۰-۶۰ دقیقه	۲۷(۲۵)
	بیشتر از ۶۰ دقیقه	۲۸(۲۵/۹)

جدول شماره (۲): میانگین و انحراف معیار نمره درک بیماران از مراقبت ارائه شده مرتبط با درد و حیطة های آن و رضایت آنان از تسکین درد

متغیر	میانگین و انحراف معیار
کل درک از ارائه مراقبت(با محدوده ۵-۱)	۳/۵۶±۰/۸۴
حیطه ارتباط(با محدوده ۵-۱)	۳/۲±۰/۹۷
حیطه فعالیت(با محدوده ۵-۱)	۳/۰۵±۰/۹۲
حیطه محیط(با محدوده ۵-۱)	۳/۹±۰/۹۳
حیطه اعتماد(با محدوده ۵-۱)	۳/۹±۰/۸۶
رضایت بیمار از تسکین درد(با محدوده ۱۰-۰)	۸/۴±۱/۶۸

نتایج آزمونهای آماری آنوا و تی مستقل نشان دادند که درک بیمار از اداره درد با سن بیش از ۷۰ سال ($P < 0/022$)، جنسیت زن ($P < 0/001$)، وضعیت تاهل (همسر فوت شده) ($P < 0/025$) و عدم سابقه جراحی ($P < 0/001$) آنان دارای ارتباط معنی دار مستقیم بود. در زمینه ارتباط بین رضایت بیمار از اداره درد و متغیرهای فردی نیز نتایج آزمونهای کروسکال والیس و من ویتنی یو نشان دادند که میانگین و انحراف معیار نمره درک بیمار در مردان ($P < 0/015$) دارای سواد خواندن و نوشتن ($P < 0/032$) بطور معنی داری بالاتر از دیگر گروهها بود.

بحث و نتیجه گیری

یافته های تحقیق نشان دادند که کمترین میانگین نمره درک بیماران ($1/18 \pm 1/46$) در عبارت "حداقل یک بار در صبح، بعد از ظهر و عصر درد بیمار با عددی بین ۱ تا ۱۰ اندازه گیری می شود"، در حیطة فعالیت، بود. ایدوال و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که همین عبارت کمترین امتیاز داده شده توسط بیماران را داشته است (۱۳). این یافته باید مورد توجه خاص قرار گیرد. چرا که پرستار در مرحله بررسی درد نقشی بسیار مهم و حساس داشته و با جمع آوری، ثبت و ارزشیابی داده ها در مورد درد بیمار قادر به ارائه تدابیر خاص پرستاری برای کنترل دردی بیمار خواهد بود (۱). از طرف دیگر پرسش از بیمار برای تعیین درجه درد باعث می شود که بیمار احساس کند که تحت کنترل و مراقبت مستمر است (۱۸). چنین یافته ای می تواند بدلیل عدم وجود ابزار و پروتوکلی مدون برای بررسی درد در مراکز مراقبتی باشد. در مقابل بالاترین میانگین نمرات ($4/8 \pm 1$) بیماران در عبارت "امکان حفظ آرامش و راحتی لازم برای خواب کافی در شب" مشاهده می شود که در حیطة محیط قرار دارد. این یافته می تواند به دلیل کاهش نیاز به پیگیری های پاراکلینیکی و ویزیت ها و موارد کمتر تماس تلفنی و همچنین اختیار عمل بیشتر پرستاران در نوبت کاری شب باشد. در کل اکثریت بیماران (۸۸٪) به عبارت "پرستاران حداقل یک بار در صبح، بعد از ظهر و عصر شدت دردم را با عددی بین ۱ تا ۱۰ تعیین می کردند." پاسخ کاملاً

منوط به اجرای فرآیند پرستاری در مرحله بررسی، برنامه ریزی، مداخلات و ارزیابی است (۱۱).

آزمونهای آماری نشانگر وجود ارتباط معنادار میانگین و انحراف معیار درک از مراقبت ارائه شده در بیمار با سن ($P < 0/022$)، جنس ($P < 0/001$)، وضعیت تاهل ($P < 0/005$)، سابقه جراحی ($P < 0/001$) و نوع جراحی ($P < 0/029$) آنان بود. بدین ترتیب که بیماران زن با سن بیشتر از ۷۰ سال، همسر فوت شده، فاقد سابقه عمل جراحی و همچنین افراد تحت جراحی شکم در میان افراد با سابقه عمل جراحی، میانگین بالاتری در درک از مراقبت ارائه شده مرتبط با درد داشتند. در میان این عوامل، سن به عنوان متغیری تاثیر گذار شناخته شده می باشد. چنانچه سن می تواند بر حس درد، تحمل درد و ... موثر باشد. پوتر و پری در این رابطه می نویسند تفاوت های تکاملی بر چگونگی واکنش بالغین نسبت به درد موثر هستند (۷).

یافته های مرتبط با بررسی رضایت نمونه ها نشانگر میانگین و انحراف معیار نسبتاً بالا در درک بیمار از رضایت از تسکین درد ($1/68 \pm 8/4$) است که تقریباً مشابه نمره رضایت نمونه های بیمار (۸/۷) در مطالعه ادوال و همکاران می باشد (۱۳)، این یافته، با وجود میانگین نسبتاً پایین در درک از اداره درد، شاید به دلیل انتظار عموم مردم از معمول بودن درد بعد از جراحی قلب و عدم آگاهی بیماران از استانداردهای اداره درد باشد. البته مطالعات مختلف با نتایج متفاوتی همراه بوده اند. برای مثال مطالعه انجام شده توسط توکلی و همکاران با هدف میزان رضایت بیماران از تسکین درد بعد از عمل جراحی در بیمارستان های آموزشی کرمان، نشان داد که ۷۰/۵۵ درصد بیماران از اداره درد بعد از عمل کاملاً ناراضی بودند و هیچ کدام از بیماران از اداره درد بعد از عمل جراحی رضایت کامل نداشتند (۱۸). این تفاوت شاید به دلیل سطح تحصیلات متفاوت در نمونه های پژوهش توکلی (با اکثریت دیپلم) با مطالعه حاضر (اکثریت سواد خواندن و نوشتن) باشد. سطح تحصیلات بالاتر، به نظر پژوهشگر، با سطح بالاتری از انتظار بیمار از تسکین درد و در نتیجه ناراضی بیشتری آنان همراه شده باشد تیلور و همکاران نیز زمینه های

مخالفم و مخالفم داده بودند که نشانگر لزوم توجه ویژه به این اقدامات ضروری در مراقبت از بیمار است. در حالیکه بررسی دقیق درد به دفعات مکرر با ابزارهای معتبر برای اطمینان از اداره ایمن، موثر و منحصر به فرد درد بیماران بعد از جراحی ضروری است (۱۵).

در مجموع حیطه اعتماد و محیط به ترتیب به میانگین و انحراف معیار $3/9 \pm 0/86$ و $3/9 \pm 0/93$ در میان ۴ حیطه کیفیت اداره درد، بالاترین میانگین و انحراف معیار نمره درک بیماران را به خود اختصاص داده اند. ادوال و همکاران نیز در تحقیق خود نشان دادند که حیطه اعتماد بالاترین نمره بیماران را به خود اختصاص داده است. در مقابل حیطه محیط در تحقیق ادوال و همکاران، پس از حیطه ارتباط، کمترین میانگین نمره را دارا بود (۱۳). این یافته شاید به علت تفاوت های احتمالی موجود در ساختار محیطی مراکز بیمارستانی در دو کشور سودان و ایران باشد. در نهایت نتایج پژوهش نشانگر کسب میانگین و انحراف معیار $3/56 \pm 0/84$ در درک بیماران از مراقبت ارائه شده مرتبط با درد می باشد. با توجه به آن که میانگین کسب شده کمتر از $4/5$ و بیش از ۲ می باشد، نیازمند توجه و اقداماتی برای ارتقای کیفیت آن می باشد. در این راستا پیگیری دقیق استانداردهای اداره درد ضرورت می یابد. چرا که در صورت توجه به ساختارهای سازمانی چون پروتوکولها و راهبردهای مناسب، حتی روشهای ساده، می توانند موجب اداره موثرتر درد شوند (۱۵). این یافته مشابه نتایج ادوال و همکاران است که در تحقیق خود با عنوان مقایسه ارزیابی پرستار و بیمار از کیفیت مراقبت در اداره درد بعد از عمل نشان دادند میانگین کسب شده از درک از مراقبت ارائه شده مرتبط با درد در بیماران $58/6$ (با محدوده نمرات ۷۰-۱۴) بوده است. این پژوهشگران، با تعیین نمره بالای ۶۳ به عنوان نتیجه مطلوب، این یافته را نیازمند بررسی دقیق و تعیین مشکلات موجود و موارد نیازمند ارتقا اعلام نمودند (۱۳). کسب چنین یافته ای به نظر پژوهشگر با نبود دستورالعمل مدون برای بررسی و اداره درد توسط پرستاران مرتبط می باشد. تیلور و همکاران معتقدند که اداره موثر درد

پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت و نیز کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه تشکر و قدردانی نمایند.

اقتصادی-اجتماعی چون تحصیلات را بر میزان انتظارات از تسکین درد موثر می دانند (۱۱).

آزمونهای آماری نشانگر ارتباط معنادار میانگین و انحراف معیار درک بیمار از رضایت از تسکین درد با جنس ($P < 0/015$)، تحصیلات ($P < 0/032$) و نوع عمل جراحی ($P < 0/042$) آنان بود. بدین ترتیب که میانگین نمرات رضایت از تسکین درد بیماران مرد، سطح تحصیلات سواد خواندن و نوشتن و دارای تاریخچه انجام سایر جراحی ها، بالاتر از دیگر گروهها بود. در راستای نتایج حاصله، نتایج مطالعه توکلی و همکاران با هدف رضایت بیماران از تسکین درد بعد از جراحی نشان داد رضایتمندی زنان به طور معنا داری از مردان کمتر است ($P < 0/004$) (۱۸). در حالی که یافته های حاصله از مطالعه ادوال و همکاران هیچ ارتباط معنا داری بین رضایت از تسکین درد بیمار با جنس ($P < 0/278$) نشان نداد (۱۳).

با وجود سعی در جمع آوری داده ها و تکمیل پرسشنامه ها در شرایط بدون تنش و خستگی نمونه های مورد پژوهش، وجود خستگی و وضعیت روحی غیر قابل تشخیص در پرستاران و بیماران می توانست از عوامل تاثیر گذار بر نتایج مطالعه باشد که قابل شناسایی توسط پژوهشگر نبوده است.

مثبت بودن تمامی عبارات پرسشنامه مرتبط با بررسی کیفیت اداره درد در بخش ارائه مراقبت کافی، می تواند موجب سوگیری نمونه های پژوهش شده باشد که به دلیل استاندارد بودن ابزار مورد استفاده، قابل کنترل نبود.

تشکر و قدردانی

این تحقیق بخشی از طرح تحقیقاتی انجام شده با حمایت معاونت محترم تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان است. از این رو پژوهشگران بر خود لازم می دانند که از معاونت محترم تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان، مسئولین محترم دفتر پرستاری دانشکاه و مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت شهر رشت و همچنین اعضای هیئت علمی دانشکده

References:

- 1- Grinstein-Cohen O, Sarid O, Attar D, Pilpel D, Elhayany A. Improvements and Difficulties in Postoperative Pain Management. *Orthopaedic Nursing*. 2009.28 (5).pp:232-239.
- 2- Ignatavicius DD, workman M, Mishler M A. *Medical Surgical Nursing*. Philadelphia : Lippincot co. 2006.pp: 61,67,292,807.
- 3- Mamishi N, Behruzi F, Mohagheghi M, Eftekhori Z, Shahobi Z. Knowledge and attitude of nurses about cancer pain management. *Journal of Tehran Medical science University(Hayat)*. 2006. 12(2).pp:23-32. [Text in Persian]
- 4- Mahmudian A, Baghaie M, AtrKar Roshan Z, Yazdondust Z, Jafrudi S. Relaxation effect on post CABG pain. 6th International congress of Iranian society of Cardiac Surgeons. 20-24 Oct 2009: Thehran, IRAN. [Text in Persian]
- 5- Mahmood KT, Khalid A, Ali S. Management of post operative CABG Patients. *Journal of pharmaceutical Science and Technology*. 2011.3 (1).pp: 456-461. [Text in Persian]
- 6- Elliott M , Antman MD . *Cardiovascular therapeutics* . Philadelphia : Sounders co . 2002.pp:155 .
- 7- Potter P, Perry A. *Basic nursing: a critical thinking approach*. 5th Edition. St louis: Mosby co. 2003.pp: 985.
- 8- Dunwoody CJ, Krenzischek DA, Pasero C, Rathmel JP, Poloman RC. Assessment, Physiological Monitoring, and Consequences of Inadequately Treated Acute Pain. *Pain Management Nursing*. 2008. 9(1) :pp11-21.
- 9- Idemoto BK, Kresevic DM.. Emerging Nurse-sensitive Outcomes and Evidence-Based practice in postoperative cardiac patients. *AJN*.2007.72.pp:371-384.
- 10- Gottschalk A, Freitag M, Liehr K. Does patient satisfaction correlate with pain level during patient-monitored epidural analgesia, Evaluation of Data from postoperative pain service. *Der Schmerz J*. 2004. 18(2).pp:145-50.
- 11- Taylor L, Lemone L, Fundamental of Nursing. The art and science of Nursing care. 7th edition. Philadelphia: Lippincott co. 2011.pp:1102.
- 12- Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Suddarth's Text book of Medical- Surgical Nursing*. 11th Edition. Philadelphia: Lippincott. 2010.
- 13- Idvall E, Hamrin E, Sjostrom B, Unosson M. Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Qual Saf Health Care*. 2002. 11.pp: 327-334.
- 14- Zhou Y, Fargang FA, Zhang Y. Quality assurance for interventional pain management procedure. *Pain Physician*. 2006. 9(2).pp:107-114.
- 15- Zoega S, Ward S, Gunnarsdottir S. Evaluating the Quality of Pain Management in a Hospital Setting: Testing the Psychometric Properties of the Icelandic Version of the Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire. *Pain Management Nursing*. Published online in 25 september 2012.
- 16- Bozimowski G. Patient Perceptions of Pain Management Therapy: A Comparison of Real-Time Assessment of Patient Education and Satisfaction and Registered Nurse Perceptions. *Pain Management Nursing*. 2012.13(4).pp:186-193 .
- 17- Burke K, Lemone P, Mohn B. *Medical Surgical Nursing*. 1th edition. Newjersy: prentice Hall Co. 2003.
- 18- Tavakoli A, Norouzi M, Hojizadeh A. patient satisfaction of postoperative pain management in Kermon educational Hospitals. *Journal of Kermanshah medical science university*. 2007. 11(2).pp: 206-214. [Text in Persian]

Perceived pain management quality in patients after Coronary Artery Bypass Graft surgery

By: Moghaddas T¹, Baghaei M², Sedghi Sabet M³, Kazemnezhad Leili E⁴

Abstract

Introduction: Pain management after Coronary Artery Bypass Graft surgery (CABG) is an important nursing care which can result in faster recovery and patient satisfaction.

Objective: The aim of study was to determine post CABG patients' perception on pain management quality.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 108 CABG patients, who were chosen by sequential sampling method in Rasht. The instrument was a 3-part questionnaire consisted of demographic information, pain management and satisfaction. Data were gathered by observing the patient's charts and interview. Data were analyzed using Anova, Spearman, T-test and Wilcoxon by SPSS 16 software.

Results: The mean and SD of patient perception on pain care was 3.56 ± 0.84 which indicates need for special attention. This data was directly significant with age above 70 years ($P < 0.022$), female sexuality ($P < 0.001$), widow patient ($P < 0.025$) and without surgery history ($P < 0.001$). Patient's satisfaction of pain management was 8.4 ± 1.68 that male patient ($P < 0.015$) and read & write level of education ($P < 0.032$) have higher mean satisfaction of pain management.

Conclusion: Partially low mean of perceived post CABG pain management highlights the need of planning for improving personal and organizational aspect of pain management, especially in married men and with no history of surgery.

Key words: Pain. Patient satisfaction, Inpatient, Coronary artery bypass

Key words: Pain / Patient satisfaction / Inpatients / Coronary artery bypass

1- Department of Nursing(Medical-surgical), Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

2- Department of Nursing(Medical-surgical), Social Determinants of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

3- Department of Nursing (Medical-surgical), School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

4- Bio-statistics, Social Determinants of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran