

## مقایسه رضایت از کنترل درد بعد از جراحی و میزان تداخل آن با عملکرد بیماران معتاد و غیر معتاد به مواد مخدر

پژوهشگران: حمید رضا کوهستانی<sup>۱</sup>، نیره باغچقی<sup>۲\*</sup>، کوروش رضایی<sup>۱</sup>

(۱) گروه پرستاری (داخلی-جراحی)، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

(۲) گروه پرستاری (اطفال)، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۹/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۵/۹

### چکیده

مقدمه: تسکین درد بعد از عمل جراحی در بیماران معتاد در مقایسه با بیماران غیر معتاد اغلب چالش برانگیز تر است و بیماران معتاد اغلب از درمان نامناسب درد پس از عمل جراحی رنج می‌برند.

هدف: این مطالعه با هدف مقایسه رضایت از کنترل درد بعد از جراحی و میزان تداخل آن با عملکرد بیماران معتاد و غیر معتاد به مواد مخدر صورت گرفته است.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی تحلیلی است که تعداد ۱۰۵ نفر از بیماران معتاد و ۱۰۵ نفر از بیماران غیر معتاد بستری در بخش جراحی بیمارستان مدرس ساوه در سال ۱۳۹۱ انتخاب شدند. هر دو گروه از نظر شدت درد، میزان رضایت از کنترل درد بعد از عمل جراحی و میزان تداخل درد با عملکردهای آنان مقایسه شدند. جهت جمع آوری اطلاعات در این پژوهش از یک پرسشنامه ۴ قسمتی استفاده شد. قسمت اول در رابطه با مشخصات فردی، قسمت دوم در رابطه با سنجش شدت درد و قسمت سوم در رابطه با میزان تداخل درد با عملکرد بیمار (فعالیت‌های معمول، راه رفتن، خلق، خواب و روابط با دیگران) و قسمت چهارم در رابطه با ارزیابی رضایت بیماران از کنترل درد بعد از عمل جراحی می‌باشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمونهای آماری توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و کای اسکور انجام گرفت. نتایج: اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه بیماران معتاد (۵۷/۱۴٪) از کنترل درد بعد از عمل جراحی ناراضی بودند در حالی که در گروه بیماران غیر معتاد ۱۴/۲۸ درصد از کنترل درد بعد از عمل جراحی ناراضی بودند که این تفاوت معنی داری بود ( $p=0/001$ ). همچنین نتایج نشان داد میزان تداخل درد بعد از عمل جراحی در حیطه‌های خلق، خواب و روابط با دیگران در دو گروه بیماران معتاد و غیر معتاد به مواد مخدر تفاوت معنی داری داشتند ( $p=0/01$ ).

نتیجه‌گیری: نتایج مبین این موضوع می‌باشد که باید به مقوله تسکین درد بیماران معتاد به خصوص دردهای حاد مانند درد پس از عمل جراحی توجه ویژه‌ای شود و نباید این تصور در ذهن پرستاران و یا پزشکان ایجاد شود که این افراد باید مشمول مقررات محدود کننده سختی از نظر حقوق بیماران قرار بگیرند.

کلید واژه‌ها: رضایت بیمار، اختلالات ناشی از مواد، مواد مخدر، درد پس از عمل جراحی

### مقدمه

درد شایع‌ترین و ناخوشایندترین نشانه بیمارها می‌باشد و علیرغم سابقه چند هزارساله تشخیصی و تجربه روشهای گوناگون درمان، درد کماکان یکی از معضلات پیچیده کلینیک‌های درمانی را تشکیل می‌دهد (۱). بر اساس استانداردهای کمیسیون تأیید کننده سازمانهای ارائه خدمات بهداشتی، درد به عنوان پنجمین علامت حیاتی در نظر گرفته می‌شود که بایستی از زمان پذیرش تا ترخیص به طور منظم بررسی شود (۲). علیرغم وجود شواهدی مبنی بر انجام اقدامات مناسب جهت کنترل درد پس از عمل جراحی، هنوز هم تسکین کافی درد به عنوان

یک مشکل باقی مانده است (۳). تحقیقات نشان داده است ۳۰ درصد بیماران پس از عمل جراحی از درد خفیف، ۳۰ درصد دیگر از درد متوسط و ۴۰ درصد هم از درد بسیار شدیدی رنج می‌برند (۴) و اغلب بیماران بعد از عمل جراحی از درمان و کنترل درد بعد از عمل جراحی رضایت ندارند (۵). این در حالی است که رضایت بیماران یک معیار با ارزش پیامد فرایند مراقبت بهداشتی است (۶) و می‌توان از آن به عنوان یک معیار بهبود کیفیت مراقبتهای ارائه شده استفاده کرد (۷). بیماران اغلب اظهار می‌کنند که بعد از عمل داروی ضد درد ناکافی دریافت کرده و

پرستاران تمایل دارند داروی ضد درد کمتری برای آنان اجرا نمایند (۸). در تحقیقات مختلف مشخص شده است که ۸۰-۳۰ درصد بیماران از درمان ناکافی درد بعد از عمل جراحی شکایت داشته اند (۹). در تشخیص های پرستاری، درد دارای اهمیت خاصی بوده و برطرف کردن آن یکی از اولویت ها در تدابیر پرستاری محسوب می شود. چرا که پرستاران بیشتر از هر شخص دیگری وقت خود را با بیماران می گذرانند و می توانند با به کارگیری تدابیر صحیح پرستاری درد آنها را کاهش دهند (۱۰). درمان موثر درد از بروز پیامدهای مضر فیزیولوژیک و روانی این پدیده جلوگیری می کند که هم از نقطه نظر بیمار و هم از جنبه اقتصادی بسیار حائز اهمیت است (۱۱). تسکین ناکافی درد می تواند باعث ایجاد عوارض نامطلوبی در سیستم قلبی و عروقی و تنفسی گردد و ممکن است بیمار را مستعد تحمل دردهای مزمن و طولانی مدت نماید (۱۲). پیامد این عوارض شامل مشکلات متعدد اقتصادی و پزشکی مثل افزایش زمان بستری، نیاز به بستری مجدد و نهایتاً نارضایتی های بیماران از مراقبتهای پزشکی می باشد (۱۳). با این حال، علیرغم افزایش توجه به برنامه ارزیابی درد و پیشرفت روشهای جدید استاندارد جهت کنترل درد، بسیاری از بیماران همچنان درد شدید پس از جراحی را تجربه می کنند (۱۴). این در حالی است که یکی از حقوق تمامی بیماران، حق محفوظ ماندن از رنج و درد غیر ضروری می باشد به عبارتی هر فردی حق دارد که از امنیت برخوردار و در حوزه خدمات بهداشت و درمان تا حد امکان از رنج و درد در هر مرحله از بیماری به دور باشد (۱۵).

گزارش درد توسط خود بیمار، مطمئن ترین روش برای بررسی شدت درد است و هر جایی که ممکن باشد قابل استفاده است. حق دریافت مراقبتهای بهداشتی و درمانی مطابق استانداردها، جزء حقوق مسلم بیمار است و طبق استانداردهای نوین کمیون مشترک در زمینه تایید و ارزشیابی سازمانهای مراقبتی درمانی، پرستار باید حقوق بیمار را به منظور بررسی مناسب درد و کنترل آن، شناسایی کند (۱۶). کنترل درد بعد از عمل جراحی عمدتاً توسط دارو صورت می گیرد. اقدامات درمانی معمول شامل

تجویز داروهای مسکن غیر مخدری و مخدری (Opioid) می باشد. داروهای مخدر مانند مرفین (Morphine) درد شدید را بخوبی تسکین می دهند. یکی از رایج ترین داروهایی که به منظور کنترل درد پس از عمل استفاده می شود، داروهای مخدر است که می تواند در کنترل درد بیماران نقش موثری داشته باشد. اما این موضوع در بیماران مبتلا به سوء مصرف داروهای مخدر که در تماس طولانی با آنها بوده اند موضوع بحث برانگیزی بوده و دچار چالش هایی است که از آن جمله می توان به وابستگی، تحمل، پیچیده بودن افتراق رفتارهایی مانند طلب دارو، عدم تجویز داروی کافی به بیماران به دلیل نگرانی از عوارض داروها، ناتوانی در تخمین صحیح میزان درد بیمار و عدم توجه به سایر جوانب از جمله مسائل روحی روانی اشاره کرد (۱۷). بیماران معتاد به مواد مخدر از آن دسته بیماران هستند که اغلب از کنترل کیفیت درد بعد از عمل جراحی شاکی می باشند. این در حالی است که مراجع مهم علمی از جمله انجمن پرستاری درد آمریکا بیان کرده است که کنترل و درمان درد در بیماران معتاد باید با همان احترام و کیفیتی که برای سایر بیماران انجام می شود، صورت گیرد (۱۸). آمارها نشان داده است که ایران بزرگترین مصرف کننده تریاک در دنیا است. چندسالی است که ستاد مبارزه با مواد مخدر طرح سراسری ارزیابی وضعیت اعتیاد در کشور (Rapid Situation Assessment) را اجرا می کند. طبق نتایج ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد در سال ۱۳۸۶ دامنه اعتیاد ۸۰۰ هزار تا ۱ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر را در کشور ایران دربر گرفته است. استاندارد جهانی می گوید هرچه جرم در کشور به صورت ظاهری و مشخص محاسبه شود به همان میزان در جامعه شناسایی نشده اند یعنی اگر آمار ۲ میلیون نفر معتاد را قبول کنیم به نوعی ۴ میلیون نفر معتاد در کشور داریم که نیمی از آنان شناسایی نشده اند (۱۹). معتادان، افرادی هستند که از نظر اجتماعی رفتار آنها نابهنجار جلوه می کند و از دید قانونگذار ممکن است مجرم تلقی شوند، با این حال نباید این تصور در ذهن پرستاران و یا پزشکان ایجاد شود که این افراد باید مشمول مقررات محدود کننده سخت تری از

نظر حقوق بیماران قرار بگیرند. هر چند جامعه حق اعمال اقدامات محدود کننده حقوق آنان را می‌تواند داشته باشد ولی این موضوع نباید باعث نگرش منفی پرستاران و پزشکان در باب رعایت حقوق بیماران معتاد گردد (۱۷). زیرا پرستاران نقش بسیار کلیدی در کنترل درد حاد بعد از جراحی دارند (۱۰). توجه به مطالب فوق اهمیت موضوع تحقیق را به وضوح آشکار می‌سازد. از طرفی جستجوی نویسندگان این طرح پژوهشی در بانکهای اطلاعاتی نشان داد که بررسی این موضوع در بیماران معتاد به مواد مخدر از دید پژوهشگران دور مانده است و حتی در چند مقاله معدود که به بررسی رضایت بیماران از کنترل درد بعد از عمل جراحی پرداخته شده است، اعتیاد بیماران جزو معیارهای خروج آن پژوهش‌ها بوده است. با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای در خصوص رضایت بیماران معتاد به مواد مخدر از کنترل درد بعد از جراحی انجام نشده است، نویسندگان این طرح پژوهشی تصمیم گرفتند مطالعه حاضر را با هدف مقایسه رضایت بیماران معتاد و غیر معتاد به مواد مخدر از کنترل درد بعد از عمل جراحی و میزان تداخل درد با عملکردهای آنان انجام دهند.

### روش کار

در این مطالعه مقطعی تحلیلی، تعداد ۱۰۵ نفر از بیماران معتاد و همچنین ۱۰۵ نفر از بیماران غیر معتاد بستری در بخش‌های جراحی بیمارستان مدرس ساوه که در سال ۱۳۹۱ تحت عمل جراحی قرار گرفتند به صورت در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از یک پرسشنامه ۴ قسمتی استفاده شد که بخش اول آن در رابطه با مشخصات فردی (سن، جنس، سطح تحصیلات و تشخیص بیماری)، بخش دوم در رابطه با سنجش شدت درد، بخش سوم در رابطه با میزان تداخل درد با عملکرد بیمار (فعالیت‌های معمول، راه رفتن، خلق، خواب و روابط با دیگران) و بخش چهارم در رابطه با ارزیابی رضایت بیماران از کنترل درد بعد از عمل جراحی می‌باشد. جهت تعیین شدت درد از ابزار مقیاس عددی استفاده شد. به بیمار آموزش داده شد که در مقیاس عددی شدت درد خود را روی مقیاس ۰ تا ۱۰ تعیین کند، بدین صورت که عدد ۰

بیانگر بدون درد و عدد ۱۰ بیانگر شدیدترین درد ممکن باشد. روایی و پایایی این ابزار به صورت بین‌المللی در اکثر کشورها از جمله در کشور ایران تعیین شده است (۲۰-۲۲). میزان تداخل درد با عملکرد بیمار (فعالیت‌های معمول، راه رفتن، خلق، خواب و روابط با دیگران) نیز با استفاده از مقیاس عددی ۰ تا ۱۰ سنجیده شد. بدین صورت که عدد ۰ بیانگر کمترین تداخل و عدد ۱۰ بیانگر شدیدترین تداخل ممکن می‌باشد. سنجش رضایت بیمار از کنترل درد بعد از عمل جراحی با استفاده از پرسشنامه تهیه شده تعیین شد. این پرسشنامه شامل ۹ عبارت براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (بسیار ناراضی تا بسیار راضی) پس از مروری بر متون و مقالات تهیه و تنظیم شد (۲۰، ۱۱، ۶، ۵). جهت تعیین امتیاز کلی هر فرد به عبارت بسیار ناراضی نمره ۰، ناراضی نمره ۱، نه راضی و نه ناراضی نمره ۲، راضی نمره ۳، بسیار راضی نمره ۴ تخصیص داده شد. در نهایت حداقل و حداکثر نمره پرسشنامه ۰ و ۳۶ بوده و طبقه‌بندی به صورت ۰-۹ = بسیار ناراضی، ۱۰-۱۸ = ناراضی، ۱۹-۲۷ = نه راضی و نه ناراضی، ۲۸-۳۶ = راضی و ۳۷-۴۵ = بسیار راضی سنجیده شد. جهت تعیین اعتبار پرسشنامه سنجش رضایت درد بعد از عمل جراحی از روش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین منظور پرسشنامه بین ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی توزیع گردید و با استفاده از نظرات اساتید و صاحب نظران، سئوالات مورد بررسی محتوایی قرار گرفت. جهت تعیین پایایی آن از روش ثبات درونی و محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد (۰/۸۱).

معیارهای ورود در پژوهش حاضر شامل موارد زیر می‌باشد: ۱- بیماران بستری در بخش جراحی مردان و یا زنان که تحت عمل جراحی قرار گرفته باشند. ۲- تمایل به شرکت در پژوهش داشته باشند. ۳- عدم سابقه قبلی عمل جراحی ۴- سن بین ۱۵ تا ۶۵ سال ۵- در خصوص بیماران معتاد: طبق گفته خودشان دارای سابقه مصرف مستمر و عادت‌ی مواد مخدر (مواد افیونی) به مدت بیشتر از یک سال قبل از بستری شدن داشته باشند. ۶- در خصوص بیماران غیر معتاد: بنا بر اظهار خودشان در دوره زمانی قبل از بستری شدن سابقه اعتیاد به مواد

۱۴/۲۹ درصد (۱۵ نفر) جراحی آپاندکتومی و ۲۶/۶۷ درصد (۲۸ نفر) تحت عمل جراحی شکستگی اندام ها قرار گرفته بودند. از مجموع بیماران معناد، ۲۰ درصد (۲۱ نفر) تحت عمل توراکتومی، ۱۸/۰۹ درصد (۱۹ نفر) جراحی هرنیورافی، ۲۱/۹ درصد (۲۳ نفر) جراحی کوله سیستکتومی، ۱۳/۳۴ درصد (۱۴ نفر) تحت عمل جراحی آپاندکتومی و ۲۶/۶۷ درصد (۲۸ نفر) تحت عمل جراحی شکستگی اندام ها قرار گرفته بودند.

جدول شماره (۱): فراوانی نسبی و مطلق واحدهای مورد پژوهش بر حسب مشخصات دموگرافیک

متغیر	معتاد		غیر معتاد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنس	مذکر	۶۰	۵۷/۱۴	۵۵/۲۳
	مونث	۴۵	۴۲/۸۶	۴۴/۷۷
	بی سواد	۳۱	۲۹/۵۲	۹/۵۳
تحصیلات	زیر دیپلم	۳۸	۳۶/۲۰	۴۲/۸۶
	دیپلم	۳۱	۲۹/۵۲	۳۲/۳۸
	بالای دیپلم	۵	۴/۷۶	۱۵/۲۳
وضعیت تاهل	متاهل	۷۲	۶۸/۵۷	۶۶/۶۶
	مجرد	۳۳	۳۱/۴۳	۳۳/۳۴
سن	۱۵-۳۵	۱۵	۱۴/۲۸	۱۸/۰۹
	۳۵-۴۵	۲۲	۲۰/۹۵	۲۲/۸۶
	۴۵-۵۵	۴۲	۴۰	۴۰/۹۶
	۵۵-۶۵	۲۶	۲۴/۷۷	۱۸/۰۹

در گروه بیماران معتاد میانگین شدیدترین درد تجربه شده  $۸/۱۲ \pm ۲/۲۲$  و میزان شدت درد روز آخر بستری  $۴/۳۳ \pm ۱/۷۷$  و در گروه بیماران غیر معتاد میانگین شدیدترین درد تجربه شده  $۶/۲ \pm ۲/۵۷$  و میزان شدت درد روز آخر بستری  $۳/۴۴ \pm ۱/۲۸$  بود که در هر دو مورد تفاوت معنی داری وجود داشت ( $p=۰/۰۱$ ). میانگین شدت دردی که بیماران معتاد و غیرمعتاد تقاضای مسکن کرده بودند به ترتیب  $۴/۲۵ \pm ۱/۰۹$  و  $۳/۱۵ \pm ۱/۲۷$  بیان شد که این مورد نیز از لحاظ آماری تفاوت معنی داری داشتند ( $p=۰/۰۲$ ). نتایج در رابطه با سنجش میزان تداخل درد بعد از عمل جراحی با عملکرد بیمار در جدول شماره ۲ ارائه شده که بیانگر آن است میزان تداخل درد بعد از عمل جراحی در حیطه های خلق، خواب و روابط با دیگران در دو گروه بیماران معتاد و غیر معتاد به مواد مخدر تفاوت معنی داری داشت ( $p < ۰/۰۵$ ).

مخدر را نداشته باشند. معیارهای خروج در پژوهش حاضر شامل موارد زیر می باشد: ۱- استفاده از مواد مخدر بصورت تزریقی ۲- عدم توانایی در انتقال اطلاعات ۳- انصراف از شرکت در پژوهش ۴- کامل نبودن پرسشنامه. در روز اول اطلاعات هر بیمار شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، اعتیاد به موادمخدر، تشخیص بیماری وارد پرسشنامه مربوطه شد. هر دو گروه از لحاظ سن و جنس و نوع عمل جراحی به صورت تخصیص گروهی یکسان سازی شدند. از دو پرسشگر (مذکر و مونث) آموزش دیده جهت جمع آوری اطلاعات استفاده شد. در آخرین روز بستری، بیماران از نظر شدت درد عمل جراحی و میزان تداخل درد با عملکردهای بیمار و همچنین میزان رضایت آنان از کنترل درد مورد بررسی قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ و آزمون های توصیفی و همچنین آزمون تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و کای اسکوئر استفاده شد. در جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهشگر خود را به واحدهای مورد پژوهش معرفی نمود و هدف از انجام پژوهش را توضیح داد. به واحدهای مورد پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند و نیازی به نوشتن نام نیست. به واحدهای مورد پژوهش و مسئولین اطمینان داده شد که در صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیار آنها قرار خواهد گرفت.

## نتایج

مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده است. هر دو گروه از لحاظ متغیرهای سن، جنس و نوع عمل جراحی همسان سازی شدند. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که سطح تحصیلات در دو گروه تفاوت معنی داری دارد بدین صورت که در بیماران معتاد، سطح تحصیلات پایین تر بود ( $p=۰/۰۴$ ). که البته با توجه به اینکه این متغیر، از نظر پژوهشگر تاثیری بر نتایج تحقیق نداشت همسان سازی صورت نگرفت.

از مجموع بیماران غیر معتاد، ۱۹/۰۴ درصد (۲۰ نفر) تحت عمل توراکتومی، ۱۷/۱۵ درصد (۱۸ نفر) جراحی هرنیورافی، ۲۲/۸۵ درصد (۲۴ نفر) جراحی کوله سیستکتومی،

جدول شماره (۲): میزان تداخل درد بعد از عمل جراحی با عملکرد بیماران معتاد و غیر معتاد به مواد مخدر

عملکرد	بیماران معتاد		سطح معناداری
	میانگین (انحراف معیار)	بیماران غیرمعتاد میانگین (انحراف معیار)	
فعالیت‌های معمول	۳/۳۵ ± ۰/۰۹	۳/۱۵ ± ۰/۸۸	۰/۳
راه رفتن	۲/۱۱ ± ۱/۱۷	۲/۰۱ ± ۱/۰۴	۰/۴۲
خلق	۶/۴۵ ± ۱/۹۱	۴/۲۱ ± ۱/۱۱	۰/۰۱
خواب	۷/۳۵ ± ۱/۸۹	۵/۹۵ ± ۱/۸۹	۰/۰۱
روابط با دیگران	۵/۹۷ ± ۲/۷۹	۴/۱۷ ± ۲/۳۹	۰/۰۱

میانگین نمرات رضایت از کنترل درد در بیماران معتاد و غیر معتاد به ترتیب  $۶/۸۹ \pm ۱۷/۹۵$  و  $۸/۸۹ \pm ۳۲/۴۲$  بود. آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین نمرات رضایت از کنترل درد بعد از عمل جراحی در بیماران دو گروه بیماران معتاد و غیر معتاد به مواد مخدر تفاوت معنی داری دارد ( $p=۰/۰۰۰۱$ ). اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه بیماران معتاد ( $۵۷/۱۴\%$ ) از کنترل درد بعد از عمل جراحی ناراضی بودند در حالی که در گروه بیماران غیر معتاد  $۱۴/۲۸$  درصد از کنترل درد بعد از عمل جراحی ناراضی بودند که این تفاوت معنی دار بود ( $p=۰/۰۰۱$ ). در هر دو گروه میزان رضایت از کنترل درد بر حسب جنس ( $p=۰/۵۸$ ) و سن ( $p=۰/۶۳$ ) مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد که رابطه آماری معنی داری وجود ندارد با این حال در هر دو گروه ارتباط معکوس و معنی داری بین شدت درد و رضایت از کنترل درد وجود داشت بدین صورت که با افزایش شدت درد میزان رضایت آنان نیز از کنترل درد بعد از عمل جراحی کاهش می یافت ( $p=۰/۰۱$ ،  $r=۷۸$ ).

### بحث و نتیجه گیری

نتایج جستجوهای نویسندگان این مقاله در بانکهای اطلاعاتی معتبر نشان داد که این مقاله اولین پژوهش منتشر شده در این خصوص می باشد. به طور کلی نتایج این تحقیق نشان داد که بیماران معتاد در مقایسه با بیماران غیر معتاد شدت درد بیشتری را تجربه کرده اند و میزان رضایت آنان در مقایسه با بیماران غیر معتاد از کنترل درد بعد از عمل جراحی کمتر بود و از طرفی میزان تداخل درد بعد از عمل جراحی در بیماران معتاد در حیطه های خلق،

خواب و روابط با دیگران نسبت به بیماران غیر معتاد بیشتر بود. به عبارتی می توان نتیجه گرفت که مدیریت و درمان درد در بیماران معتاد رضایت بخش نبوده است. این نتایج مبین این موضوع می باشد که بنا به دلایلی که در قسمت مقدمه ذکر شد (طلب دارو، وابستگی، تحمل و اعتیاد و عدم توجه به سایر جوانب بیمار) باید به مقوله تسکین درد بیماران معتاد به خصوص دردهای حاد مانند درد پس از عمل جراحی توجه ویژه ای شود. با توجه به عوارض و مشکلات متعددی که در نتیجه درد پس از جراحی در بدن ایجاد می شود، لازم است کنترل درد در بیماران به خصوص بیماران معتاد با دقت بیشتر انجام گیرد و توجه بیشتر در این زمینه ضروری است. همانطور که در قسمت مقدمه به آن اشاره شد مراجع معتبر علمی منجمله انجمن پرستاری درد آمریکا در این باره به صراحت بیان کرده است که کنترل و درمان درد در بیماران معتاد باید با احترام و همان کیفیتی که برای سایر بیماران انجام می شود، صورت گیرد (۱۸). جهت مقایسه نتایج این تحقیق با تحقیقات دیگر نویسندگان جستجوی دقیقی در بانکهای اطلاعاتی داخل و خارج کشور انجام شد، با این حال نتایج این بررسی و جستجوها حاکی از آن بود که تاکنون این موضوع مورد توجه پژوهشگران واقع نشده است. البته در تحقیقی که توسط نیمی (*Niemi*) و همکاران با هدف تعیین میزان رضایت بیماران از کنترل درد بعد از عمل جراحی انجام شد و بیماران معتاد به مواد مخدر وارد مطالعه نشده بودند،  $۸۰$  درصد از بیماران از کنترل درد بعد از عمل جراحی رضایت داشتند (۵) که تفاوت بسیار بارزی با نتایج تحقیق حاضر دارد که شاید مهمترین علت آن متفاوت بودن گروه هدف باشد. در یک تحقیق دیگر که توسط اسجولینگ (*Sjililing*) انجام شد مشخص شد که  $۷۰$  درصد از بیماران از کنترل درد بعد از آرتروپلاستی زانو احساس رضایت داشتند (۲۳)، که نتایج این تحقیق نیز با پژوهش حاضر تفاوت چشمگیری دارد.

در تحقیق نوروزی و همکاران  $۴۹$  درصد از بیماران تحت عمل آپاندکتومی از درد شدید پس از عمل جراحی شاکی بودند (۲۴). کنترل درد بعد از عمل همواره یکی از

کارکنان بهداشت و درمان نیز در این زمینه می تواند کمک کننده باشد.

یکی از محدودیت های این پژوهش این موضوع می باشد که احتمال دارد بیماران سابقه اعتیاد به مواد مخدر را کتمان کرده باشند. در جهت کاهش این خطا در بیمارانی که گفته هایشان مورد اطمینان به نظر نمی رسد وارد مطالعه نشدند. لازم به ذکر است که در چند مقاله ای هم که بر روی بیماران معتاد انجام شده است تنها معیار انتخاب بیماران معتاد، اظهار نظر خود بیمار بوده است (۱۸، ۲۷).

در پایان پیشنهاد می شود جهت تحقیقات بیشتر، میزان اثربخشی روشهای مختلف تسکین درد (دارویی و غیر دارویی) و یا مقایسه اثر بخشی داروهای مختلف بر کنترل درد بیماران معتاد سنجیده شود.

#### تشکر و قدردانی

در پایان مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک و نیز تمام افرادی که ما را در انجام این طرح پژوهشی یاری نمودند ابراز می داریم. قابل ذکر است پژوهش حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اراک با شماره طرح ۶۳۳ می باشد.

مسایل مهم در اداره بیماران می باشد. با این حال آنگونه که شایسته است به این مهم توجه نشده و در اکثر مراکز، دستورالعمل خاصی برای اداره درد بعد از عمل وجود ندارد و این مسئله معمولاً به صورت سلیقه ای انجام می پذیرد. با در نظر گرفتن این واقعیت که درد بعد از عمل ممکن است موجب افزایش مرگ و میر بعد از عمل گردد، کنترل صحیح و کافی درد اهمیت ویژه ای پیدا می کند. معتادان، افرادی هستند که از نظر اجتماعی رفتار آنها نابهنجار جلوه می کند و از دید قانونگذار ممکن است مجرم تلقی شوند، با این حال نباید این تصور در ذهن پرستاران و یا پزشکان ایجاد شود که این افراد باید مشمول مقررات محدودکننده سخت تری از نظر حقوق بیماران قرار بگیرند و این موضوع نباید باعث نگرش منفی پرستاران و پزشکان در باب رعایت حقوق بیماران معتاد گردد. درمان مناسب یکی از حقوق بیماران معتاد است. علل گرایش به اعتیاد هرچه باشد و دیدگاه جامعه نسبت به معتاد هرچه باشد، اعم از این که وی را مجرم تلقی کند یا بیمار منحرف اجتماعی فرض کند، تأثیری در نفس این نیاز ندارد. معتاد، هرچه و هرکه باشد، نیاز به درمان دارد. وی هر توجیهی برای ابتلای خود داشته باشد، از تکلیف جامعه به درمان چیزی کاسته نمی شود (۲۵). در پایان نویسندگان این مقاله لازم می دانند که به صراحت بیان کنند که هدف از این مقاله دفاع از اعتیاد نیست؛ هدف آن نیست که به کار معتاد ژست علمی و موجه اجتماعی داده شود؛ بلکه هدف، دفاع از حقوق بیمارانی است که به غلط تصور می شود می بایست صرفاً به خاطر اعتیادشان از حقوق مسلم شان به عنوان یک بیمار محروم گردند. به طور خلاصه نتایج این تحقیق نشان داد که تعداد زیادی از بیماران معتاد به مواد مخدر از روند کنترل درد بعد از عمل جراحی رضایت نداشتند و درد تجربه شده نیز باعث تداخل در عملکردهای روزمره آنان شده بود. این نتایج مبین این موضوع می باشد که باید به مقوله تسکین درد بیماران معتاد به خصوص دردهای حاد مانند درد پس از عمل جراحی توجه ویژه ای شود. تهیه دستورالعمل های مکتوب اختصاصی درد پس از جراحی، ارائه برنامه های آموزشی کنترل درد بعد از جراحی برای

## References

- 1-KonetiK , Jones M. Management of acute pain. Surgery. 2013; 31(2):77-83.
- 2- Huang N, Cunningham F, Laurito CE, Chen C. Can we do better with postoperative pain management? Am J Surg. 2001;182(5): 440-8.
- 3-Oderda G. Challenges in the management of acute postsurgical pain. Pharmacotherapy. 2012.32(9):6-11
- 4-Brunner LS, Suddarth DS. Text book of medical surgical nursing. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott. 2008. p. 443-445.
- 5-Niemi-Murola L, Pöyhiä R, Onkinen K, Rhen B, Mäkelä A, Niemi TT. Patient satisfaction with postoperative pain management--effect of preoperative factors. Pain Manag Nurs. 2007; 8(3): 122-9.
- 6- Auquier P, Pernoud N, Bruder N, Simeoni MC, Auffray JP, Colavolpe C, et al. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. Anesthesiology. 2005; 102: 1116-1123.
- 7- Salomäki T E, Hokajärvi T M, Ranta P, Alahuhta S. Improving the quality of postoperative pain relief. Eur J Pain. 2000;4(4):367-72.
- 8- Salmon P, Manyande A. Good patients cope with their pain: postoperative analgesia and nurses' perceptions of their patients' pain. Pain. 1996; 68: 63-68.
- 9- Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. Patient Educ Couns. 2003; 51(2): 169-76.
- 10- Hollinworth H. Pain control. No gain? Nurs Times. 1994; 90(1): 24-7.
- 11- Brevik H. Postoperative Pain management: Why is it difficult to show that it improve outcome. Eur J Anaesthesiol. 1998; 3: 748-751.
- 12- Pinto PR, McIntyre T, Ferrero R, Almeida A, Araújo-Soares V. Predictors of acute postsurgical pain and anxiety following primary total hip and knee arthroplasty. J Pain. 2013; 14(5): 502-15.
- 13- Twersky R, Fishman D, Homel P. What happens after discharge? Return hospital visits after ambulatory surgery. Anesth Analg. 1997 Feb;84(2):319-24.
- 14- Apfelbaum J, Chen C, Menta S, Gan J. Postoperative pain experience: Results from a national Survey Suggest postoperative pain continues to be undermanaged. Anesth Analg. 2003 Aug;97(2):534-40.
- 15- Ghavami H, Mohammadi E, Ahmadi F, BasirNia N. Patients' rights in regard to appropriate pain assessment & management. Urmia Medical Journal. 2005; 16(2): 9-15. Persian.
- 16- Pasero C, McCaffery M. Pain in the critically ill. Am J Nurs. 2002; 102(1): 59-60.
- 17- Sim MG, Hulse GK, Khong E. Acute pain and opioid seeking behaviour. Aust Fam Physician. 2004 Dec;33(12):1009-12.
- 18- American society for pain management nursing. ASPMN position statement: Pain management in patients with addictive disease. J Vasc Nurs. 2004; 22(3):99-101.
- 19- Tafreshi h. Addiction Statistics in Iran. Razi. 2011; 23(2):144-151.
- 20- Baraz Pordanjani SH. Pain status of the surgical patients before and after prescribing analgesia. JQUMS. 2013;7(2):83-87.
- 21- KamaliSarvestani F, Moslemi Haghighi F, Abolharari Shirazi S, Amirian Sh, Haghighat F. Comparison of manual therapy and taping in knee osteoarthritis. journal of Research in Rehabilitation Sciences. 2011; 7(3):241-249. Persian.
- 22- Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. J Pain Symptom Manage. 2011; 41(6):1073-93.
- 23- Sjiiling M, Nordahl G. Patient Satisfaction with Postoperative Pain Management. European Nurse. 1998; 3(4): 264-273.
- 24- Norozi v, feyzi a, amani p. surveying of quality of pain control after surgery in hospitalised patients in Fatemy hospital in Ardebil which accomplished during 6 minths period. Journal of Ardabil University of Medical Sciences.2006; 6(4): 417-420. Persian.
- 25- Hamdel m. Addiction and patient right. Social welfare quarterly. 2004; 4(13): 13-39. Persian.
- 26- Najjar L, Vakili BA, Behnam Vashani HR. A comparative study of early complications of acute myocardial infarction in addicted and non-addicted patients at CCU of Heshmatyya Hospital, Sabzevar, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences .2001; 8(2): 96-103.
- 27- ParviziFard AA, Birashk B, AtefVahid MK, Shakeri J. Comorbidity of mood and anxiety disorders and substance abuse among treatment-seeking addicts and normal individuals J Thought and Behavior in Clinical Psychology .2004; 2(5): 45-54.

## **Comparison of satisfaction with post-operative pain management and level of functional interference in addicted and non-addicted patients**

**BY:** Koohestani H.R<sup>1</sup>, Baghcheghi N\*<sup>2</sup>, Rezaei K<sup>1</sup>,

1) Department of Nursing (medical-surgical), Instructor, School of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

2) Department of Nursing (pediatrics), Instructor, School of Medical Sciences, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran

Received: 2012/12/10

Accept: 2013/07/31

### **Abstract:**

**Introduction:** Postoperative pain relief in addicted patients compared with non-addicted patients is often more challenging and they usually suffer from inadequate postoperative pain relief.

**Objective:** The purpose of this study was to compare satisfaction with postoperative pain management in addicted and non-addicted patients and level of pain interference with their functions.

**Methods:** In this analytic cross sectional study, 105 addicted and 105 non addicted patients admitted to the surgical ward of Saveh Modares hospital in 2012 were selected. Two study groups were compared as regard to intensity of pain, satisfaction with postoperative pain management and level of pain interference with functions. Data collection instrument included a 4 section questionnaire that the first part covered patients' demographics, second part contained universal pain assessment tool, the third part included items on level of pain interference with their functions (usual functions, walking, emotions, sleep and relations with others) and fourth part was related to assessment of satisfaction with post-operative pain. Questionnaire was used after determining its validity and reliability. The data were statistically analyzed utilizing descriptive statistics and Pearson correlational T test and chi square test analytic.

**Results:** The majority of subjects (57.14%) in addicted group were dissatisfied from pain control after surgery, while 14.28 percent of non-addicted patients were dissatisfied with pain control post-operatively and this difference was significant ( $P=0.001$ ). The results showed that postoperative pain interfered with functions in the areas of mood, sleep and relationships with others which was significantly different between two groups ( $P=0.01$ ).

**Conclusion:** The results indicated that special attention should be paid to concept of pain relief in addicted patients, especially acute pain such as pain after surgery and their rights as patients must be considered and respected.

**Key words:** Satisfaction, Patients Addicted, Narcotics, Pain after surgery

\*Corresponding Author: Baghcheghi Nayereh, Saveh, School of Medical Sciences

Email: baghcheghi@arakmu.ac.ir