

مقایسه درک پرستار، بیمار و پزشک از درد بعد از عمل جراحی پروستاتکتومی باز و ارتباط آن با میزان مسکن دریافتی

آرزو کرمپوریان^{۱،*}، بهزاد ایمنی^{۱،۳،*}، دکتر سید حبیب ا... موسوی بهار^۱، مهزاد روستایی^۱

۱ عضو مرکز تحقیقات اورولوژی و نفرولوژی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

۲ دانشجوی PhD سلامت در بلایا و فوریتها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳ دانشجوی PhD پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: بهزاد ایمنی، عضو مرکز تحقیقات اورولوژی و نفرولوژی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

DOI: 10.20286/ruj-01011

چکیده

مقدمه: درد بعد از عمل جراحی میتواند باعث بروز عوارض متعدد و عدم رضایت مندی بیمار گردد. هدف از این مطالعه مقایسه درک پرستار، بیمار و پزشک جراح از درد و ارتباط آن با میزان مسکن دریافتی در درد بعد از عمل جراحی پروستاتکتومی باز بود.

روش کار: با استفاده از پرسشنامه‌ی تهیه شده توسط پژوهشگر درک پرستاران، پزشکان و بیماران از درد سنجیده شد. لازم به ذکر است که روایی و پایایی پرسشنامه توسط اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد تایید قرار گرفته است. سپس با کمک معیار شدت درد دیداری (Visual Analog Scale)، نمره شدت درد توسط پرستار و بیمار بطور جداگانه اندازه گیری شد. نوع و میزان مسکن دریافتی بیمار هم توسط چک لیست ثبت گردید.

یافته ها: اکثریت پزشکان (۷۲/۲٪)، اکثریت پرستاران (۷۲/۳٪) و اکثریت بیماران (۹۰٪) درک متوسطی از درد داشتند. اکثریت پرستاران (۵۳/۳٪) به درد بیمار نمره متوسط داده‌اند در حالی که اکثریت بیماران (۸۳/۳٪) درد خود را شدید عنوان نموده‌اند. اکثریت بیماران (۷۶/۷٪) داروی پتدین دریافت کردند. آزمون کای اسکور ارتباط معنی داری را بین درک بیمار از درد و شدت آن، درک پرستار و شدت درد در بیمار و بین درک بیمار از درد با میزان مسکن نشان داد ($P \leq 0.05$). اما بین درک پرستار و درک پزشک از درد با میزان مسکن ارتباط معنادار نمی‌باشد.

نتیجه گیری: مدیریت درد بعد از عمل، کاهش عوارض آن و جلب رضایت مندی بیمار همواره مورد توجه صاحب نظران علوم پزشکی بوده است. این مهم نیازمند درک مناسب پزشک و پرستار از درد بیمار می‌باشد. پیشنهاد می‌گردد جهت ارتقای نمره درک آنها کلاس آموزش ضمن خدمت برگزار گردد.

تاریخ دریافت مقاله: ۲۰۱۶/۰۱/۰۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۲۰۱۶/۰۲/۲۷

واژگان کلیدی:

شدت درد

درک درد

ضد درد (مسکن)

پرستار

پزشک

بیمار

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه:

روی بخیه‌ها موجب کیفیت سوزشی آن خواهد شد [۲]. با توجه به این که سالیانه بیش از صدها میلیون نفر در سراسر جهان تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند و درد پس از عمل را تجربه می‌کنند، لذا درد یکی از بیشترین مشکلات تشخیص داده شده در بخش‌های جراحی است [۳]. زرگر شایع ترین جراحی اورولوژی را پروستاتکتومی اعلام کرد [۴]. بیماران، درد پس از عمل جراحی را با شدت‌های مختلف تجربه می‌کنند. براساس بررسی کاپلز (Cupples) بر روی ۵۳ میلیون عمل جراحی در ایالات متحده ۳۰ درصد بیماران درد خفیف، ۳۰ درصد درد متوسط و ۴۰ درصد درد شدید بعد از عمل جراحی را تجربه نموده‌اند [۵]. در تحقیق چانگ (Chung) و لوی (Lui) نیز درد از بیشترین مشکلات پرستاری تشخیص داده شده در بخش‌های جراحی بوده و تقریباً ۸۵ درصد بیماران بستری در بخش‌های جراحی از درد شکایت داشته‌اند [۶]. شدیدترین زمان درد پس از عمل جراحی ۳۶-۲۴ ساعت اول

درد یکی از شایع ترین مشکلات پزشکی است که پرستاران و پزشکان در عرصه مراقبتهای بالینی با آن مواجه میشوند [۱]. درد نشانه عمومی اکثر بیماریها بوده و غالباً مشخص کننده عاملی است که بیمار را متوسل به توجهات پزشکی می نماید. درد پس از اعمال جراحی پرکاربرد اغلب شدید است. درد یک رویداد معمول و مورد انتظار در کلیه اعمال جراحی توأم با برش و دستکاری بافتها و اندامها است. درد بعد از عمل ممکن است در اثر تحریک انتهایهای عصبی توسط محصولات شیمیایی آزاد شده ضمن عمل جراحی، یا ناشی از ایسکمی بافت در اثر ممانعت از جریان خون به محل درپی عوالمی نظیر فشار، اسپاسم عضلانی یا ادم حاصل شود. این نوع درد بعلت وجود انتهایهای عصبی آزاد در پوست و بافتهای نرم بصورت تیز و موضعی تجربه می شود. به علاوه تحریک طویل المدت محل عمل در اثر ایجاد فشار و کشش

درمانی لازم است [۱۴]. در درمان درد پس از عمل جراحی بین بیمار به عنوان تجربه کننده درد و متقاضی دارو، پزشک تجویز کننده داروهای مسکن و پرستار بررسی کننده و تصمیم گیرنده در مورد ارائه مسکن‌ها، زنجیره ارتباطی وجود دارد. بیمار یکی از ارکان مهم زنجیره درمان درد است. لذا جلب رضایت او از اهداف اصلی تیم درمانی می‌باشد. از طرفی در صورت بروز درد پرستار اولین فردی است که بر بالین بیمار حاضر می‌گردد و بیشترین زمان را با بیمار می‌گذراند و اولین فردی است که بیمار می‌تواند با او مشکلات خود را در میان بگذارد. از آنجا که کنترل مناسب درد در گرو درک وی از درد می‌باشد، از این رو محققین بر آن شدند مطالعه‌ای با هدف بررسی مقایسه‌ای درک پرستار، پزشک جراح و بیمار از میزان درد و ارتباط آن با میزان مسکن دریافتی در پروستاتکتومی را مجدداً انجام دهند.

روش کار

بررسی از نوع مطالعه مقطعی می‌باشد. جامعه پژوهش را بیماران تحت عمل جراحی پروستاتکتومی و پرستاران و پزشکان (اورولوژیست‌ها) در بیمارستان شهید بهشتی همدان تشکیل دادند. نمونه‌گیری به روش آسان انجام گرفت. تعداد نمونه شامل ۳۰ بیمار بستری در بخش اورولوژی و کلیه پرستاران و پزشکان شاغل در بخش اورولوژی (شامل ۱۱ پزشک و ۱۵ پرستار) بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل ۳ پرسشنامه پژوهشگر ساخته‌ی مجزا جهت بررسی درک درد در بیمار، پرستار و پزشک می‌باشد. پرسشنامه‌ها ۲ قسمتی بود که قسمت اول شامل ۱۱ سؤال عمومی در مورد سن، وضعیت تاهل، مذهب، قومیت، سطح تحصیلات، محل سکونت، شغل، تنها زندگی کردن، تجربه قبلی درد و نحوه تسکین آن می‌باشد و قسمت دوم پرسشنامه حاوی ۲۵ سؤال اختصاصی در زمینه درک درد می‌باشد. اعتبار این پرسشنامه توسط اساتید دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و همدان بررسی گردیده است. لازم به ذکر است که جهت تعیین اعتبار محتوا و صوری (روایی)، سئوالات پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از صاحب نظران و اعضای هیات علمی قرار گرفت و بر اساس نظرات آنان اصلاحات انجام شد. میزان پایایی بصورت آزمون، باز آزمون حاصل از تکمیل ۱۰ پرسشنامه با فاصله ۲ هفته توسط گروه مشابه با واحدهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت، که $R = 0.79$ را نشان داد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برابر 0.83 نشان دهنده پایایی و ثبات درونی پرسشنامه بود. همچنین جهت بررسی شدت درد از ابزار استاندارد شده‌ی شدت درد دیداری (Visual Analog Scale) بهره گرفته شد. این ابزار به شکل خط کش از ۰ تا ۱۰ در نظر گرفته شده است. در این معیار ۰

پس از عمل می‌باشد. کنترل ضعیف درد پس از عمل باعث عوارض سیستمیکی چون: عوارض قلبی عروقی (افزایش مصرف اکسیژن میوکارد و ایسکمی)، ریوی (کاهش سرفه، تجمع خلط و هیپوکسی)، گوارشی (کاهش تخلیه معده و یبوست)، ادراری (احتباس ادرار)، عضلانی-اسکلتی (کاهش تحرک، زخم فشاری، افزایش ریسک ترومبوز ورید عمقی)، عوارض موضعی چون ضعف، آتروفی عضلانی، ترمیم ناکافی زخم و همچنین عوارض روانی چون اضطراب و افسردگی می‌گردد. بنابراین کنترل کافی درد پس از عمل باعث بهبود قابل ملاحظه‌ی بیمار می‌گردد [۱۷]. از این رو کنترل مناسب درد پس از اعمال جراحی از مهمترین مباحث جامعه امروزی به خصوص جامعه پزشکی و مشاغل بهداشتی است [۸]. روشهای متفاوتی جهت تسکین درد وجود دارد یکی از این روشها استفاده از داروهای مسکن می‌باشد که جزء رایج ترین روشهای تسکین درد است [۹]. تجویز مسکن با توجه به درد بیمار یک روش پرستاری است که می‌تواند مراقبت از بیمار را به میزان قابل توجهی بهبود بخشد [۱۰]. تحقیقات نشان می‌دهد علی‌رغم اینکه اکثر بیماران تحت عمل جراحی تجربه درد متوسط تا شدید بعد از عمل را دارند و بیشترین تسکین در این بیماران با تجویز داروهای ضد درد امکان پذیر است اما بعضی از پزشکان و پرستاران تمایلی به مصرف مسکن ندارند [۱۱]. کنترل کافی درد توسط پرستار با عواملی چون درک آنها از درد و شدت آن ارتباط دارد. تصور می‌شود اختلاف موجود در کنترل درد ناشی از: عدم درک صحیح درد و مسکنها، جمع‌آوری اطلاعات ناکافی در بررسی، انکار درد و شدت آن، ترس از اعتیاد، علاقمندی پرستاران و پزشکان به عقاید و تعصبات شخصی باشد که می‌تواند بر درک از درد بیمار مؤثر باشد [۹]. براساس تحقیقات انجام شده در ۲۵ سال گذشته مشخص گردیده که بی‌کفایتی در کنترل درد بدلیل ارزیابی نادرست درد توسط پرستاران در نتیجه درک غیر واقعی از درد بیمار و دریافت ناکافی داروها می‌باشد [۳]. کارن (Karen) معتقد است که درد به قدر کافی درمان نخواهد شد مگر اینکه کاملاً ارزیابی شود. هر چند که پرستاران با ارزیابی دقیق هم ممکن است نتوانند به طور مؤثر درد را درمان نمایند [۱۲]. در مطالعه نالینی (Nalini) ارزیابی کافی از طرف پرستار و پزشک در مورد درد بیمار انجام نشده بود [۱۳]. در تحقیق چانگ (Chung) و همکاران نیز فقط ۴۸/۸ درصد بیماران اظهار نموده که تأکید لازم بر اهمیت تسکین درد از جانب پرستار و پزشک به آنها داده شده بود [۱]. اینگرید (Ingrid) معتقد است که رهایی از درد بیماران اساس مراقبت پرستاری است و پیامدی با ارزش از اقدامات پرستاری محسوب می‌شود و جهت تحقق این مسئله وجود رابطه صمیمانه بین بیمار و پرستار

و اکثریت بیماران (۹۰٪) درک متوسطی از درد داشتند. شاید بتوان علت یکسان بودن درک را چنین بیان نمود که کلیه واحدهای پژوهش اعم از پزشک، پرستار و بیمار درد را در گذشته بصورت متوسط تجربه نموده اند. در این پژوهش نمره ی درک در بیماران، پرستاران و پزشکان یکسان ولی در عین حال در حد متوسط بود که این اشتراک نظر خود میتواند نقطه ی قوتی در جهت تسکین درد باشد اما متوسط بودن نمره درک درد در پرستاران و پزشکان نکته ای قابل تامل است که با عنایت به اینکه اکثریت پزشکان و پرستاران مورد مطالعه اظهار نموده بودند که اخیراً مطالعه ای در زمینه ی مفاهیم درد و تسکین آن نداشته اند، لذا توصیه میشود جهت افزایش نمره درک آنها تدابیر آموزشی اندیشیده شود. فائزگیل و ویلسون در این مورد می نویسند که با وجود پیشرفت در دانش درد و درمان آن، هنوز درک پرستاران و پزشکان از درد بهبود نیافته است، بطوری که تنها ۲۰٪ از پرستاران معتقدند که هدف از سازماندهی درد بعد از عمل تسکین کامل آن است [۱۵]. شاید اختلاف بین درک بیمار و پرستار از درد به دلیل طرز تلقینهای خاص، باورهای مذهبی یا پیش داوریهی اخلاقی بوجود آمده باشد [۱۶]. نتیجه تحقیق ون نیکرک و مارتین در مورد دانش پرستاران از درمان درد نیز نشان داد که میزان دانش پرستاران در حد متوسط بوده و خصوصاً پرستاران در مورد اطلاعات جدید در مورد درمانهای دارویی درد دانش کمتری داشتند [۱۷].

یافته های پژوهش در رابطه با میزان درک پرستار و بیمار از شدت درد پس از جراحی پروستاتکتومی نشان داد که اکثریت پرستاران (۵۳/۳٪) درد بیمار را متوسط نمره داده اند در حالی که اکثریت بیماران (۸۳/۳٪) درد خود را شدید عنوان نموده اند. شاید بتوان اینگونه استباط کرد که در این پژوهش اکثریت پرستاران (۶۰٪) سابقه ای از عمل جراحی در گذشته نداشته اند بنابراین درک صحیحی از درد پس از جراحی ندارند. فرگوسن معتقد است جهت اطمینان از تسکین کامل درد بررسی شدت درد قبل از تسکین ضروری است. یکی از راههای پی بردن به شدت درد بیمار گزارش خود بیمار از شدت درد میباشد که به تنهایی معتبرترین شاخص شدت درد است [۱۸]. یکی از عوامل تعیین کننده شدت درد بیمار بعد از عمل، پیش بینی درد است. کار در این مورد می نویسد ارتباط معنی داری بین پیش بینی درد بعد از عمل و میزان شدت درد بعد از عمل وجود دارد. بیمارانی

نشانه عدم وجود درد و ۱۰ نشانه شدیدترین درد ممکن است. این ابزار در اختیار بیمار، پزشک و پرستار قرار گرفت تا شدت درد مورد نظر را بر اساس آن تعیین نمایند. جهت بررسی میزان مسکن هم از چک لیست استفاده شده است. جهت توصیف داده های جمع آوری شده، از شاخصهای مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار و همچنین نمودار و جداول توزیع فراوانی استفاده شد. جهت میزان همبستگی بین شدت درد درک شده پرستار و بیمار از ضریب همبستگی پیرسن و برای تاثیر احتمال برخی عوامل اثرگذار بر شدت درد درک شده نمونه های مورد بررسی از تحلیل رگرسیون چند منظوره استفاده شد. سطح معنی داری در این مطالعه حداقل ۵٪ و از SPSS 16 استفاده شد.

نتایج

یافته ها نشان داد که بیشترین تعداد یافته های پژوهش شامل پزشک مرد (۱۰۰ درصد) پرستار زن (۶۶/۷ درصد) و ۱۰۰ درصد بیمار مرد که تحت عمل جراحی پروستاتکتومی قرار گرفتند بودند. همچنین ۵۴/۵ درصد پزشکان بین ۴۰-۵۰ سال و ۶۶/۶ درصد پرستاران بین ۴۰-۳۰ سال و ۴۶/۶ درصد بیماران بالای ۷۰ سال سن داشتند. ۳۶/۴ درصد پزشکان و ۴۶/۷ درصد پرستاران زیر ۵ سال سابقه کار داشتند. اکثریت پزشکان (۴۵/۵٪) و پرستاران (۴۶/۷٪) و اکثریت بیماران (۷۳/۳٪) سابقه ی درد را بصورت متوسط داشتند. ۸۱/۸ درصد از پزشکان و ۱۰۰ درصد پرستاران و ۷۰ درصد بیماران سابقه مصرف مسکن را داشتند، ضمناً ۷۲/۷ درصد پزشکان و ۶۰ درصد پرستاران و ۶۳/۳ درصد بیماران مورد مطالعه سابقه جراحی نداشتند، همچنین ۱۰۰ درصد پزشکان و پرستاران و ۸۰ درصد بیماران سابقه مصرف مواد مخدر را نداشتند. درک از درد پزشکان (۷۲/۲٪)، پرستاران (۷۳/۳٪) و بیماران (۹۰٪) درک متوسطی از درد داشتند. اکثریت پرستاران (۵۳/۳٪) درد بیمار را متوسط نمره داده اند در حالی که اکثریت بیماران (۸۳/۳٪) درد خود را شدید عنوان نموده اند. اکثریت بیماران (۷۶/۷٪) جهت درد پس از جراحی پروستاتکتومی داروی پتدین دریافت کردند. آزمون کای اسکور ارتباط معنی داری را بین درک بیمار از درد و شدت درد، بین درک پرستار و شدت درد بیمار، بین درک بیمار از درد با میزان مسکن نشان داد ($P \leq 0.05$). اما بین درک پرستار از درد با میزان مسکن و درک پزشک از درد با میزان مسکن ارتباط معنادار نمیباشد.

بحث

یافتههای پژوهش در رابطه با میزان درک درد نشان داد که اکثریت پزشکان (۷۲/۲٪)، اکثریت پرستاران (۷۳/۳٪)

بیماران را کمتر از خود آنان تخمین می زنند که این مسئله بدلیل تماس مداوم آنها با بیماران می باشد البته این مشکل تنها خاص پرستاران نیست بلکه شامل حال پزشکان هم می شود [۲۱].

یافته های پژوهش در رابطه با ارتباط بین درک پرستار، پزشک و بیمار از درد با میزان مسکن دریافتی حاکی از این است که: آزمون کای اسکور با $P \leq 0.05$ ارتباط معنی داری را بین درک بیمار از درد با میزان مسکن نشان داد اما بین درک پرستار از درد با میزان مسکن و درک پزشک از درد با میزان مسکن ارتباط معنادار نمیباشد. شاید بتوان این مسئله اینگونه تعبیر کرد که در انتخاب میزان مسکن عوامل دیگری دخالت میکنند که جای مطالعه بیشتری دارد و از طرفی تسکین درد برای پرستاران و پزشکان یک اصل مهم تلقی می شود و آنها حداکثر تلاش خود را جهت این امر بکار میگیرند و از روشهای دیگری غیر از مسکن همچون ارتباط مناسب و منطقی و غیره در کاهش درد بیماران خود استفاده می کنند. توکلی در مطالعه ای تحت عنوان میزان رضایت بیماران از تسکین درد بعد از عمل جراحی چنین نتیجه گرفت که $87/36\%$ بیماران در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل شدیدترین درد ممکن را تجربه کرده اند و هیچ کدام از بیماران از تسکین درد خود رضایت نداشته اند. نویسنده پیشنهاد میکند جهت اداره درد حاد بهتر است گروه اداره درد حاد تشکیل گردد و تیم درمانی با یکدیگر تعامل بیشتری داشته باشند [۲۲]. میونگ هیون در مقالهای تحت عنوان آگاهی و نگرش پزشکان از کنترل درد سرطان چنین نتیجه گرفت که اگرچه بسیاری از پزشکان فکر میکردند که برای مدیریت درد، نسبتاً خوب تحصیل کرده بودند اما نتایج نشان داد که، تعداد زیادی از پزشکان نگرش منفی و دانش ناکافی در مورد کنترل درد سرطان دارند. میزان نگرش و دانش آنها با توجه به تخصص و تجارب شخصی آنها متفاوت بود. عواملی که نگرش و آگاهی پزشکان را تحت تاثیر قرار داده بود شامل: تخصص، سابقه استفاده عملی از ابزار ارزیابی درد، دانش مدیریت درد، تجربه تجویز مواد مخدر، تجربه آموزش کنترل درد سرطان. نویسنده مهم ترین موانع درک مطلوب کنترل درد سرطان در پزشکان را ترس از خطر تحمل و اعتیاد به مواد مخدر، عوارض جانبی مصرف مخدر و کمبود دانش در مورد مصرف مخدر می داند [۲۳]. در رابطه با مصرف مخدرها، علاوه بر ترس از وقوع عوارض تنفسی به دنبال تزریق این داروها، ترس

که انتظار درد متوسط بعد از عمل را می کشند دچار درد متوسط تا شدید می شوند [۱۰]. باتوجه به اینکه انتظار درد بعد از عمل، بر شدت آن موثر است و در این تحقیق اکثریت بیماران درد بعد از عمل را امری متداول و طبیعی تلقی می کنند لذا این مسئله میتواند تا حدی جوابگوی وجود اختلاف بین نمره کسب شده از شدت درد بیمار توسط پرستار و بیمار باشد. بر اساس نتایج پرستاران شدت درد را کمتر از خود بیمار تخمین زدهاند اما جالب این است که کاهش در همه جا روندی منطقی و موازی هم داشته است در اینجا نیز باید اشاره کرد که ایده آل ترین حالت، عدم وجود تفاوت معنی دار بین شدت درد بیمار و شدت درد درک شده از بیمار توسط پرستار است که این مسئله تا حدودی به درک متفاوت پرستاران و بیماران از درد برمی گردد و لذا باید سیاست براین استوار گردد که حتی الامکان این تفاوت به عدم تفاوت نزدیک شود.

یافته های پژوهش در رابطه با میزان مسکن دریافتی پس از جراحی پروستاتکتومی نشان داد که اکثریت بیماران ($76/7\%$) داروی پتدین دریافت کردند که با توجه به کاهش نمره درد پس از تزریق میتوان نتیجه گرفت که این دارو در بین سایر مخدرها ایمنتر و از طرفی موثرتر بوده است. مخدرها برای درمان درد حاد و مزمن بسیار مؤثر هستند. مخدرها زمانی که به صورت سیستمیک تجویز شوند بی دردی سریع و بالقوه ای را ایجاد می کنند [۱۹].

یافته های پژوهش در زمینه ی ارتباط درک پرستار و بیمار از درد با شدت درد بیمار حاکی از این است که: آزمون کای اسکور با $P \leq 0.05$ ارتباط معنی داری را بین درک بیمار از درد و شدت درد و همچنین بین درک پرستار از درد و شدت درد بیمار نشان داد. پژوهش گراسمان نشان داد که غالباً ادراکات بیماران و پرستاران از شدت درد متفاوت است. بررسی شدت درد، اساساً "تجربه بیمار را در خصوص درد می سنجد و این بررسی باید قبل از تزریق مسکن توسط بیمار انجام شده و توسط پرستار ارزیابی گردد. موفقیت در بررسی منوط به دفعاتی است که چارتهای توسط کادر پرستاری ارزیابی می شود این عمل بیمار و خانواده آنان را تشویق به همکاری بیشتر در زمینه مراقبت از خود می کند همچنین درکشان را نسبت به درد بهبود می بخشد از طرفی جهت تعیین دوز مناسب مسکن برای کنترل درد ضروری و سودمند است [۲۰]. دالمن معتقد است که اکثر پرستاران درد

درستی تخمین بزنند اما به دلیل ذهنی بودن مفهوم درد تشخیص ارزیابی آن برای پرستار مشکل می باشد و این اختلاف زیانبارترین مسئله ای است که مانع از کمک به بیمار برای تسکین درد می شود [۲۷]. دالمن در این مورد مینویسد در بررسی مقایسه ای میزان شدت درد درک شده از بیماران توسط پرستاران و تخمین بیماران از شدت درد خودشان بعد از عمل این نتیجه بدست آمد که اکثر پرستاران درد بیماران را کمتر از خود آنان تخمین میزنند که این مسئله بدلیل تماس مداوم آنها با بیماران می باشد [۲۰]. البته این مشکل تنها خاص پرستاران نیست بلکه شامل حال پزشکان هم میشود.

نتیجه گیری

فرایند صحیح مدیریت و کنترل درد بعد از عمل و نیز کاهش عوارض آن و جلب رضایتمندی بیمار همواره مورد توجه صاحب نظران علوم پزشکی بوده است. این مهم نیازمند درک مناسب پزشک و پرستار از درد بیمار می باشد. یافته های پژوهش نشانگر متوسط بودن درک پرستاران و پزشکان از درد می باشد. از آنجا که یافته ها نشان داد اکثریت پزشکان (۷۲/۷٪) و اکثریت پرستاران (۸۰٪) اخیراً مطالعاتی در زمینه ی مفاهیم درد و تسکین آن نداشته اند و همچنین اکثریت پزشکان (۸۱/۸٪) و اکثریت پرستاران (۵۲/۳٪) در سمینار درد و تسکین آن شرکت نداشته اند لذا پیشنهاد میگردد جهت ارتقای نمره درک آنها کلاس آموزش ضمن خدمت برگزار گردیده و جهت کنترل بهتر درد گروه اداری درد تشکیل گردد. این مطالعه میتواند نقطه شروعی برای پژوهشهای بعدی در سایر رشته های علوم پزشکی جهت تسکین درد باشد. این پژوهش از محدودیت های خاصی برخوردار بود که می توان این گونه اشاره کرد که با توجه به اینکه بعد از جراحی پروستاتکتومی بیمار به بخش منتقل میشود و در زمان بروز درد جراح در بخش حضور ندارد لذا امکان تعیین درک پزشک از شدت درد بیمار مقدور نمی باشد همچنین تعداد کم نمونه ها از موارد دیگر محدودیتها می باشد (جدول ۱-۳).

از اعتیاد به مخدرها دلیل اصلی بسیاری از پرسنل پزشکی برای کاستن از مقدار دارو در کنترل درد می باشد، به طوری که در یک بررسی پرستاران به خاطر ترس از اعتیاد بیماران فقط ۶۰٪-۵۰٪ درصد دوز مؤثر ضد دردهای مخدر را به کار برده بودند. همچنین قوانین و مقررات پیچیده ی تجویز داروهای اعتیادآور در عمل باعث محدودیت مصرف این داروها برای تسکین درد شده است [۲۴]. ذاکری مقدم در تحقیقی تحت عنوان بررسی ارتباط بین آگاهی پرستاران از درد با رضایت بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر از تسکین درد از نتایج یافته های خود چنین بدست آورد که بین میزان آگاهی پرستاران از کنترل درد پس از عمل و میزان رضایت بیماران از تسکین درد ارتباط معناداری وجود دارد، اما بین میزان آگاهی پرستاران از ماهیت درد و میزان رضایت بیماران از تسکین درد ارتباط معناداری مشاهده نشد. ولی بین مشخصات پرستاران از جمله سن، جنس، بیمارستان محل خدمت و سابقه خدمت، با میزان آگاهی آنها در مورد ماهیت و تسکین درد ارتباط معناداری وجود دارد. وی چنین نتیجه گیری کرد که به نظر میرسد پرستاران توانسته اند دانش نظری خود در زمینه کنترل درد را در مراقبت از بیماران به کارگیرند و آگاهی پرستاران در مورد ماهیت درد ممکن است در تسکین درد بیماران تأثیری نداشته باشد [۲۵]. سزاد در تحقیقی تحت عنوان آگاهی و نگرش پرستاران و تمرین مدیریت درد پس از عمل در کودکان بنگلادشی به این نتیجه رسید که: آگاهی و نگرش پرستاران از درد و کنترل آن در حد متوسط می باشد و تمرین و آموزش کنترل دارویی و غیر دارویی درد جهت پرستاران و گنجاندن بیشتر مباحث درد در دروس دانشجویان پرستاری ضروری است [۲۶].

یکی از وظایف پرستار تخمین میزان شدت درد بیمار براساس درک خود از درد و براساس آن تعیین میزان مسکن مصرفی می باشد. درمان مناسب تنها در صورتی امکان پذیر است که پرستار درد بیمار را بتواند به

جدول ۱: تعیین درک پرستار، پزشک و بیمار از درد							
درک درد	ضعیف		متوسط		قوی		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
پزشک	۰	۰	۸	۷۲/۷	۳	۲۷/۳	۱۱
پرستار	۰	۰	۱۱	۷۳/۳	۴	۲۶/۷	۱۵
بیمار	۰	۰	۲۷	۹۰	۳	۱۰	۳۰

جدول ۲: تعیین نمره ی شدت درد بیمار توسط پرستار و بیمار قبل از تزریق مسکن							
شدت درد		ضعیف		متوسط		شدید	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پرستار	۰	۰	۱۶	۵۳/۳	۱۴	۴۶/۷	۳۰
بیمار	۰	۰	۵	۱۶/۷	۲۵	۸۳/۳	۳۰

جدول ۳: تعیین نمره شدت درد بیمار توسط پرستار و بیمار بعد از تزریق مسکن							
شدت درد		ضعیف		متوسط		شدید	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پرستار	۲۵	۸۳/۳	۵	۱۶/۷	.	.	۳۰
بیمار	۱۶	۵۳/۳	۱۰	۳۳/۳	۴	۱۳/۴	۳۰

سپاسگزاری

در پایان، پژوهشگران بر خود لازم میدانند تا از حمایت های مالی حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان در اجرای این طرح (با شماره ثبت کننده در این پژوهش که ما را یاری نمودند قدرانی و سپاسگزاری نمایند.

REFERENCES:

- Chung YC, Hou YC, Pan AC. Endoglin (CD105) expression in the development of haemorrhoids. *Eur J Clin Invest*. 2004;**34**(2):107-12. PMID: 14764073
- Breivik H, Stubhaug A. Management of acute postoperative pain: still a long way to go! *Pain*. 2008;**137**(2):233-4. DOI: 10.1016/j.pain.2008.04.014 PMID: 18479824
- Regeh N, Ahmadi F, Mohammadi E, Anoosheh M. Pain Management: Patients' Perspective. *Iran J Nurs*. 2007;**20**(52):7-20.
- [Prostate surgery is the most common urological surgeon in Iran]. Available from: <http://mardomsalari.com/template1/News.aspx?NID=76763>.
- Cupples SA. Pain as "hurtful experience:" a philosophical analysis and implications for holistic nursing care. *Nurs Forum*. 1992;**27**(1):5-11. PMID: 1549532
- Chung JW, Lui JC. Postoperative pain management: study of patients' level of pain and satisfaction with health care providers' responsiveness to their reports of pain. *Nurs Health Sci*. 2003;**5**(1):13-21. PMID: 12603717
- Ramsay MA. Acute postoperative pain management. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2000;**13**(3):244-7. PMID: 16389390
- Ebrahimi Nejad G. [McGill pain questionnaire in the assessment of patients before and after neurosurgery]. *J Kerman Uni Med Sci*. **11**(2):125-19.
- Fardi A. [The effect %2 lidocaine gel on pain and healing after episiotomy during childbirth]. *J Ardabil Uni Med Sci*. 2007;**6**(1):61-6.
- Carr E. Factors influencing the experience of pain. *Nurs Times*. 1997;**93**(39):53-4. PMID: 9355553
- Esfandiari M. [Effect of Entonox in labor pain]. *J Ilam Uni Med Sci*. 2009;**17**(1):30-25.
- Carroll KC, Atkins PJ, Herold GR, Mlcek CA, Shively M, Clopton P, et al. Pain assessment and management in critically ill postoperative and trauma patients: a multisite study. *Am J Crit Care*. 1999;**8**(2):105-17. PMID: 10071701
- Jairath N, Kowal N. Patient expectations and anticipated responses to postsurgical pain. *J Holist Nurs*. 1999;**17**(2):184-96. PMID: 10633651
- Svensson I, Sjostrom B, Haljamae H. Influence of expectations and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management. *Eur J Pain*. 2001;**5**(2):125-33. DOI: 10.1053/eujp.2001.0227 PMID: 11465978
- Fothergill-Bourbonnais F, Wilson-Barnett J. A comparative study of intensive therapy unit and hospice nurses' knowledge on pain management. *J Adv Nurs*. 1992;**17**(3):362-72. PMID: 1573105
- Delpy L, Werber I. Pain 1996.
- Van Niekerk LM, Martin F. Tasmanian nurses' knowledge of pain management. *Int J Nurs Stud*. 2001;**38**(2):141-52. PMID: 11223055
- Ferguson J, Gilroy D, Puntillo K. Dimensions of pain and analgesic administration associated with coronary artery bypass grafting in an Australian intensive care unit. *J Adv Nurs*. 1997;**26**(6):1065-72. PMID: 9429954
- Liu SS, Wu CL. The effect of analgesic technique on postoperative patient-reported outcomes including analgesia: a systematic review. *Anesth Analg*. 2007;**105**(3):789-808. DOI: 10.1213/01.ane.0000278089.16848.1e PMID: 17717242
- Grossman SA, Sheidler VR, Swedeen K, Mucenski J, Piantadosi S. Correlation of patient and caregiver ratings of cancer pain. *J Pain Symptom Manage*. 1991;**6**(2):53-7. PMID: 2007792
- Dahlman GB, Dykes AK, Elander G. Patients' evaluation of pain and nurses' management of analgesics after surgery. The effect of a study day on the subject of pain for nurses working at the thorax surgery department. *J Adv Nurs*. 1999;**30**(4):866-74. PMID: 10520099
- Tavakoli A, Norouzi M, Hajizadeh E, Patients. , 206-214(Persian). [Patients' Satisfaction from Pain Soothing after the Surgery in Kerman Hospitals]. *J Kermanshah Uni Med Sci*. 2007;**11**(2):206-14.
- Kim MH, Park H, Park EC, Park K. Attitude and knowledge of physicians about cancer pain management: young doctors of South Korea in their early career. *Jpn J Clin Oncol*. 2011;**41**(6):783-91. DOI: 10.1093/jjco/hyr043 PMID: 21502282
- Golapour M, Vakili M. Comparison of analgesic effects of intramuscular Pethidine to Diclofenac Na suppository among postoperative inguinal hernioplasty patients. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2001;**3**(2):25-9.
- Zakerimoghadam M, Shariat E, Asadi Noughabi AA, Mehran A, Soghrati V. Relationship between Nurses' Knowledge about Pain and Satisfaction of Pain Relieving Procedures among Postoperative CABG Patients. *Hayat*. 2011;**17**(3):49-58.
- Hossain S, Wiroonpanich W, Orapiriyakul R. Nurses' Knowledge and Attitudes, and Pain Management Practice of Post-Operative Children in Bangladesh. Bangladesh: Prince of Songkla University; 2014.
- Heikkila J, Paunonen M, Laippala P, Virtanen V. Nurses' ability to perceive patients' fears related to coronary arteriography. *J Adv Nurs*. 1998;**28**(6):1225-35. PMID: 9888367

Comparison Nurses, Patient and Surgeon Perception of Pain and its Relationship With Analgesics at Post Open Prostatectomy

Arezo Karampourian (PhD)^{1,2}, Behzad Imani (PhD)^{1,*}, Seyed Habibollah Mousavi-Bahar¹, Mahzad Rostae¹

1 Department of Emergency Medicine, Hamadan University of Medical, Hamedan, Iran.

2 Department of Disaster and Emergency Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

** Corresponding author: Behzad Imani, Department of Emergency Medicine, Hamadan University of Medical, Hamedan, Iran.*

DOI: 10.20286/ruj-01011

Received: 04.01.2016

Accepted: 27.02.2016

Keywords:

Pain
Perception
Analgesics
Nurses
Physicians

How to Cite this Article:

Karampourian A, Imani B, Mousavi-Bahar SH, Rostae M. Comparison Nurses, Patient and Surgeon Perception of Pain and its Relationship With Analgesics at Post Open Prostatectomy. *Res Urol J.* 2016;1(1):1-7. DOI: 10.20286/ruj-01011

Abstract

Introduction: Post operative pain causes complications and dissatisfaction in patients. The aim of this study was to compare the perception of pain from the viewpoint of nurses, patients and surgeons and its relationship with analgesics at post open prostatectomy.

Methods: Perception of pain from the viewpoint of the nurses, doctors and patients was assessed by questionnaire. Validity and reliability has been approved by Faculty of Isfahan University of Medical Sciences. Pain intensity is measured by Visual analogue scale (VAS). The type and amount of analgesics were recorded by the check List.

Results: Results showed that most of physicians (72.2%), nurses (72.3%) and patients (90%), have moderate understanding to pain. The majority of nurses (53.3%) rated pain as moderate, while the majority of patients (83.3%) rated pain as severe. The majority of patients (76.7%) received Pethidine. Chi-square showed a significant difference between the Patients' perception of pain and intensity of pain ($P \leq 0.05$) and significant difference between Nurses' perception of pain and intensity of pain ($P \leq 0.05$). Chi square showed significant relationship between patients' perception of pain with analgesic but did not show any significant relationship between nurse s' perception of pain with analgesic and the doctor s' perception of pain with analgesic ($P \leq 0.05$).

Conclusions: Postoperative pain control, reduction of pain and patient satisfaction were considered. The findings showed that nurse s' and doctor s' perception of pain was moderate. Since most doctors and nurses haven't studies about pain, it is recommended that training should be given to them.