

آموزش، اقدامی مؤثر در افزایش رضایت مندی بیماران از بی حسی نخاعی و کاهش بروز و شدت کمردرد در اعمال جراحی

نویسندگان:

علی عباسی جهرمی^۱، زینت محبی^{۲*}، فرخنده شریف^۳، محمد علی سهم الدینی^۴، مهرداد وثوقی^۵، حمیده رئیسی^۲

- ۱- گروه بیهوشی و مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.
- ۲- گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه(س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
- ۳- گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه(س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
- ۴- مرکز تحقیقات گروه بیهوشی و مراقبت های ویژه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
- ۵- گروه سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 3, Number 1, Spring 2014

چکیده:

مقدمه: بی حسی نخاعی، با تزریق داروی بی حسی در فضای تحت عنکبوتیه، حاصل می شود. کمردرد بعد از عمل، بیشترین عامل نپذیرفتن این روش از سوی بیماران می باشد و مهم ترین عامل راضی نبودن پس از انجام بی حسی نخاعی است. پژوهش حاضر با هدف افزایش رضایت مندی بیماران از بی حسی نخاعی انجام گردید.

روش کار: این پژوهش به صورت کارآزمایی بالینی بر روی ۲۸۳ بیمار که تحت عمل جراحی با بی حسی نخاعی قرار گرفته اند، انجام شد. این بیماران به وسیله ی روش تصادفی سازی بلوکی، به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش، توسط کارشناسان تعلیم دیده به صورت یکسان و بر اساس برنامه آموزشی از قبل تعیین شده آموزش دیدند. سپس میزان رضایت مندی بیماران از بی حسی نخاعی و بروز و شدت کمردرد بیماران در سه زمان ۲۴ و ۴۸ ساعت و ۷ روز بعد، بر اساس مقیاس (VAS)، در فرم های مخصوص یادداشت شد.

یافته ها: از نظر بروز کمردرد در هر سه زمان، کاهش معنی داری در گروه آزمایش مشاهده گردید (به ترتیب ۲۴ ساعت اول $P = 0/007$ ، ۴۸ ساعت و ۷ روز بعد $P = 0/001$). همچنین کاهش معنی داری در شدت کمردرد در هر سه مقطع، در گروه آزمایش دیده شد (به ترتیب ۲۴ و ۴۸ ساعت اول $P < 0/001$ و $P = 0/003$ روز بعد $P = 0/003$). میزان رضایت مندی در هر سه زمان مورد بررسی در گروه آزمایش به نسبت گروه کنترل افزایش قابل توجه داشت (در هر سه زمان $P < 0/001$).

نتیجه گیری: به نظر می رسد که آموزش و تلقین مثبت، در کاهش بروز و شدت کمردرد بعد از بی حسی نخاعی و به دنبال آن افزایش رضایت مندی از این روش بی حسی مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: کمردرد، عوارض بعد از بی حسی نخاعی، آموزش، همتایان، رضایت مندی، بی حسی نخاعی.

J Educ Ethics Nurs 2014; 3(1):19-25

مقدمه:

بی حسی نخاعی، تزریق داروی بی حسی، به فضای تحت عنکبوتیه، جهت ایجاد بی حسی در اعمال جراحی می باشد. این روش می تواند؛ جهت اعمال جراحی بخش تحتانی شکم، لگن و اندام تحتانی که طول مدت عمل کمتر از سه ساعت

استفاده از تکنیک بی حسی نخاعی از اواخر قرن نوزده میلادی شروع شد و به مرور زمان استفاده از آن افزایش یافت [۱].

* نویسنده مسئول، نشانی: شیراز، میدان نمازی، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه(س)، گروه داخلی - جراحی

پست الکترونیک: mohebbi04@yahoo.com

تلفن تماس: ۵۴۳۴۱۵۰۱

تاریخ پذیرش: ۹۳/۵/۱۱

تاریخ دریافت: ۹۳/۲/۲۵

درد، بی حسی نخاعی در سطوح بالا، تهوع، احتباس ادراری، کمردرد و کاهش تهویه می باشد [۳].

بیشترین علت نپذیرفتن انجام بی حسی نخاعی توسط بیماران، ترس از کمردرد بعد از عمل می باشد [۱۰]. در پژوهشی، ۳/۷ درصد از بیماران، از بی حسی نخاعی رضایت نداشتند و سهم کمردرد از این راضی نبودن، ۲۹/۵ درصد و درد محل ورود سوزن نیز ۱۵/۹ درصد بود. در این پژوهش ۳/۲ درصد از بیماران، بی حسی نخاعی را برای اعمال مشابه بعدی قبول نکردند، همچنین عوامل خطر برای نپذیرفتن بی حسی نخاعی دوباره، کمردرد و راضی نبودن فرد، مشخص گردید [۴].

عوارضی مانند کمردرد بعد از بی حسی، اشتباهات غیر عمدی و نداشتن مهارت در انجام تکنیک بی حسی، می توانند روی دیدگاه بیمار در مورد بی حسی نخاعی اثر منفی بگذارند. متخصص بیهوشی باید دستورالعمل را با دقت انجام داده و به بیمار توجه داشته باشد. همچنین باید به بیمار در مورد روش انجام کار توضیح داده و علائم بعد از بی حسی نخاعی و امکان بروز عوارض آن را توضیح دهد [۱۱].

یک سری از ترس ها می تواند مربوط به درد، تغییر شکل و یا ناتوانی های دائمی باشد؛ که ممکن است واقعی و یا خیالی بوده، و به دلیل ندادن اطلاعات به بیمار ایجاد شود. آموزش به بیمار و ارائه ی اطلاعات به او هنگام انجام دستورالعمل های طبی، در جهت کاهش درد، تأثیر بسزایی دارد [۱۲].

بیمارانی که آموزش هایی را قبل از یک دستورالعمل تهاجمی دریافت می کنند، به طور مؤثرتری با درد بعد از آن دستورالعمل، سازگاری می یابند، و به دنبال آن بهبودی فرد نیز سریع تر است [۱۳]. پژوهش های زیادی مشخص نموده که انتقال دانش یا مهارت به بیماران در درمان درد کمک می کند. همچنین بیمارانی که به هر شکلی اطلاعاتی در مورد درد مربوط به بیماری شان دریافت نمودند، بهبودی سریع تر و نیاز کم تری به ضددرد ها داشته اند [۱۴].

در حرفه ی پرستاری به گروه های همتایان به عنوان ، عامل ضروری برای ایجاد احساس خوب بودن در بیمار و پویایی بیمار در طی بحران بیماری، کمتر توجه شده است. در ارزیابی گروه های حمایتی، بیماران، حمایت همتایان را مؤثرترین نوع مداخلات گروهی برشمرده اند. این نوع گروه متشکل از افرادی مشابه می باشد که دانش تجربی خود را در مورد مشکل و یا واقعه ی خاصی به اشتراک می گذارند تا به دیدگاه منحصر به فردی دست یابند [۱۵].

امروزه رضایت مندی بیماران به عنوان یکی از شاخص های کیفیت خدمات سلامت مورد توجه بسیاری از سازمان های خدمات بهداشتی - درمانی قرار گرفته است. اهمیت موضوع

داشته باشند، به کار گرفته شود [۲]. علاوه بر مصرف گسترده آن در اتاق عمل، برای بیهوشی جراحی، به عنوان مکملی بر بیهوشی عمومی، اقدام مؤثری برای کنترل دردهای مامایی و دردهای بعد از عمل می باشد [۳].

موارد جلوگیری از بی حسی نخاعی به صورت مطلق و نسبی بوده، که موارد بازدارنده به صورت مطلق شامل: امتناع بیمار، مشکلات انعقادی، عفونت های موضعی یا سیستمیک شدید، حساسیت به هر کدام از داروها [۲] و فشار داخل جمجمه ای بالا می باشد [۳] و موارد بازدارنده به صورت نسبی شامل: کاهش حجم مایعات بدن، بدشکلی ستون فقرات، بیماری فعال سیستم عصبی [۲] مثل: مولتیپل اسکلروزیس (MS)، بیماری قلبی مثل: تنگی دریچه میترال و تنگی آئورت و کمردرد مزمن است [۳].

بی حسی نخاعی نسبت به بیهوشی عمومی، دارای مزایایی از جمله کاهش میزان وقایع ترومبوآمبولیک، نیاز کمتر به مسکن بعد از عمل و کاهش پاسخ سمپاتیک به تحریک جراحی [۴] و کاهش خطر شوک آنافیلاکسی به دلیل میزان و تنوع کمتر داروهای مصرفی در بی حسی نخاعی می باشد [۵]. عوارض بیهوشی عمومی مانند: عوارض ریوی، آتلکتازی، عفونت ریوی، عوارض نورولوژیک مانند: فلج پاها و اختلالات طناب نخاعی، آسیب های شبکه بازویی، صدمات عروقی مانند: ترومبوز ورید عمقی (DVT)، آسیب های زبان و دندان ها، جابه جایی لوله تراشه و یا خارج شدن کامل آن خصوصاً در هنگام تغییر وضعیت بیمار، در بی حسی نخاعی کمتر می باشد [۶].

ضمناً خونریزی در زمان عمل جراحی نسبت به بیهوشی عمومی، در بی حسی نخاعی بسیار کمتر است. تکنیک بی حسی نخاعی آسان بوده و به جراح اجازه انجام عمل در بهترین وضعیت ها را می دهد [۷]. همچنین هزینه های بیهوشی عمومی، پنج تا شش برابر بیشتر از هزینه داروها و مواد مصرفی در بی حسی نخاعی است [۸]. بی حسی نخاعی در برابر نوع مشابه آن یعنی بی حسی اپیدورال، نیز دارای مزایایی از جمله: شروع بی حسی سریع تر، مقدار داروی بی حسی کمتر و یک بلاک با کیفیت و قابل اطمینان می باشد [۹]. خوشبختانه بروز عوارض مهم مانند: آسیب های دائم یا مرگ، پس از بی حسی نخاعی نادر است. در بررسی اخیر در کالج سلطنتی بیهوشی، میزان این عوارض ۲/۲ در هر صد هزار مورد اعلام شده است. آسیب عصبی دائم پس از بی حسی نخاعی نیز کمیاب می باشد (کمتر از یک مورد در هر ده هزار مورد) [۲].

بی حسی نخاعی دارای عوارضی از جمله: عوارض عصبی، کاهش فشار خون، کاهش ضربان قلب و حتی آسیستول، سر

در مرحله ی بعد برای هر گروه جراحی، ۱۹ بلوک چهارتایی به طور تصادفی انتخاب کرده و ترکیب آنها پشت سر هم نوشته شد. بدین منظور ۱۹ مرتبه به طور تصادفی اعداد بین ۱ تا ۶ با پرتاب تاس انتخاب شد. این روش به طور جداگانه برای هر گروه جراحی انجام گرفت.

داوطلبین گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای را دریافت نموده و مطابق معمول، بی حسی نخاعی برای آنان انجام شد. گروه آزمایش پس از ملاقات قبل از عمل متخصص بیهوشی، آموزش هایی در مورد روش بی حسی نخاعی، مزایا و عوارض آن دریافت کردند و به تناسب نوع عارضه، توضیحاتی در مورد کنترل آن داده شد. پس از آموزش های لازم، جهت ایجاد تجارب مثبت همتایان، کلبی از بیمارانی که قبلاً بی حسی نخاعی را دریافت کرده بودند و رضایت کامل داشتند، برای افراد گروه آزمایش پخش گردید و در پایان به سوالات بیمارانی که به طور کامل جواب داده شد.

داروی مورد استفاده جهت بی حسی نخاعی برای تمامی بیمارانی، بویواکائین نیم درصد بود. با توجه به اینکه روش بی حسی نخاعی با چند تکنیک انجام می گیرد، جهت همسان سازی، در تمامی بیمارانی مورد پژوهش از تکنیک خط وسط (Midline) استفاده شد. هرچند وضعیت قرارگیری بیمار، هنگام عمل در کمردرد بعد از عمل مؤثر می باشد، اما آمارها نشان داد که در پژوهش حاضر این عامل تأثیری نداشت.

۲۴ و ۴۸ ساعت و ۷ روز بعد از عمل جراحی، توسط کارشناسان بیهوشی آموزش دیده که اطلاعی از نحوه ی قرارگیری داوطلبان در گروه ها نداشتند، میزان بروز و شدت کمردرد بر اساس مقیاس (VAS)، و رضایت مندی بیمارانی از بی حسی نخاعی، ثبت گردید.

نحوه ی سنجش رضایت مندی بیمارانی، از طریق پرسش بود. سؤالی به این شکل که آیا در صورتی که در آینده نیاز به عمل جراحی داشته باشند، آیا حاضر هستند؛ مجدداً تحت بی حسی نخاعی قرار گیرند یا خیر؟ در صورت جواب مثبت، رضایت مندی بیمار از بی حسی نخاعی ثبت می گردید. در صورتی که بیمارانی قبل از آن زمان از بیمارستان ترخیص می شدند؛ جمع آوری اطلاعات، توسط تماس تلفنی و بر اساس مقیاس عددی درد، انجام می گرفت. با توجه به اهمیت بروز و شدت کمردرد بر میزان رضایت مندی پس از بی حسی نخاعی، در زمان های فوق، بروز و شدت کمردرد با استفاده از مقیاس دیداری درد (VAS) نیز سنجیده شد.

در پایان اطلاعات جمع آوری شده به وسیله ی روش های آماری توصیفی - تحلیلی آزمون «تی» (t) مستقل و مجذور

رضایت مندی در سیستم ارائه ی خدمات سلامت از آن جهت بیشتر می شود؛ که تجربه بیماری و ضرورت تبعیت و پیگیری فرایند درمان و مراقبت، آسیب پذیری بیمارانی را افزایش داده و نیاز آنان را به حمایت همه جانبه بیشتر می کند [۱۶]. جهت سنجش رضایت مندی بیمارانی از بی حسی نخاعی، پیترو و همکاران، تمایل بیمارانی جهت بی حسی نخاعی در آینده، در صورت نیاز به انجام عمل جراحی را پرسیده بودند [۱۱]. با توجه به اهمیت موضوع رضایت مندی بیمارانی از خدمات ارائه شده به آنان، پژوهشگر بر آن شد که تأثیر آموزش و تجارب مثبت همتایان، بر کنترل کمردرد و رضایت مندی از روش بی حسی نخاعی در بیمارانی را بررسی نماید.

روش کار:

این پژوهش، یک کارآزمایی بالینی دو سوکور است که در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۱، بر روی بیمارانی بالای ۱۵ سال مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جهرم، که تحت بی حسی نخاعی جهت اعمال جراحی قرار گرفته اند، انجام گردید. حجم نمونه در ابتدا ۲۷۶ نفر تعیین شد که به علت احتمال ریزش نمونه ها، جمعاً ۳۰۴ نفر پیش بینی گردیده بود. جمعیت نهایی شرکت کننده در پژوهش ۲۸۳ نفر بود. در زمان ملاقات قبل از عمل، از افراد داوطلب در صورتی که مانعی برای بی حسی نخاعی نداشتند، و پس از ارائه ی توضیحات کامل در مورد نحوه ی انجام پژوهش، رضایت آگاهانه گرفته شد. مشخصات جمعیت شناختی تمام داوطلبین شرکت کننده در پژوهش، طی فرمی که از قبل تهیه شده بود، جمع آوری گردید. سپس به صورت روش تصادفی سازی بلوکی، این افراد به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. جهت تصادفی سازی به روش بلوکی بدین گونه اقدام شد که در این پژوهش که در چهار گروه جراحی عمومی، زنان، کلیه و مجاری ادراری و ارتوپدی انجام گرفت. به گونه ای که هر گروه ۷۶ نفر در دو گروه آزمایش و کنترل (الف و ب) و با استفاده از بلوک های چهارتایی قرار داده شدند. ابتدا تمامی حالت های چهارتایی را که در آن نیمی از افراد به گروه آزمایش (الف) و نیم دیگر به گروه کنترل (ب) تخصیص داده می شوند مشخص گردید که ۶ حالت شد.

۱. الف الف ب ب
۲. الف ب الف ب
۳. الف ب ب الف
۴. ب ب الف الف
۵. ب الف ب الف
۶. ب الف الف ب

«کای دو» (k2)، توسط نرم افزار (SPSS-16) مورد بررسی قرار گرفت.

این پژوهش در مرکز ثبت کارآزمایی های بالینی ایران (IRCT) به شماره «IRCT201202274775N3» ثبت گردیده است.

یافته ها:

تمامی بیماران تقریباً به طور مساوی از بین چهار گروه جراحی کلیه و مجاری اداری، ارتوپدی، زنان و زایمان و جراحی عمومی به طور تصادفی انتخاب شدند. به صورتی که از هر گروه ۷۰ نفر و تنها از گروه زنان و زایمان ۷۳ نفر در این

پژوهش شرکت داشتند. در مجموع ۱۴۰ نفر در گروه کنترل و ۱۴۳ نفر در گروه آزمایش قرار گرفتند. میانگین سن شرکت کنندگان در پژوهش $17/41 \pm 42/27$ سال با حداقل ۱۵ و حداکثر ۹۶ سال بود. از بین شرکت کنندگان، ۱۵۰ نفر آقا (۵۳ درصد) و ۱۳۳ نفر خانم (۴۷ درصد) بودند. در مجموع با توجه به آزمون های آماری انجام شده، تفاوت معنا داری در متغیرهای جمعیت شناختی و متغیرهای مربوط به بی حسی نخاعی و عمل جراحی بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت.

جدول ۱: مقایسه توزیع فراوانی میزان رضایت مندی از بی حسی نخاعی، ۲۴ و ۴۸ ساعت و ۷ روز بعد از عمل بین گروه آزمایش و کنترل

P.Value	جمع	کنترل	آزمایش	گروه	
				متغیر	
<0.001	۲۴۶ (۸۶/۹)	۱۱۰ (۷۸/۶)	۱۳۶ (۹۵/۱)	بلی	رضایت مندی
	۳۷ (۱۳/۱)	۳۰ (۲۱/۴)	۷ (۴/۹)	خیر	۲۴ ساعت بعد
	۲۸۳ (۱۰۰)	۱۴۰ (۱۰۰)	۱۴۳ (۱۰۰)	جمع	
<0.001	۲۴۱ (۸۵/۲)	۱۰۶ (۷۵/۷)	۱۳۵ (۹۴/۴)	بلی	رضایت مندی
	۴۲ (۱۴/۸)	۳۴ (۲۴/۳)	۸ (۵/۶)	خیر	۴۸ ساعت بعد
	۲۸۳ (۱۰۰)	۱۴۰ (۱۰۰)	۱۴۳ (۱۰۰)	جمع	
<0.001	۲۴۰ (۸۴/۸)	۱۰۶ (۷۵/۷)	۱۳۴ (۹۳/۷)	بلی	رضایت مندی ۷ روز بعد
	۴۳ (۱۵/۲)	۳۴ (۲۴/۳)	۹ (۶/۳)	خیر	۷ روز بعد
	۲۸۳ (۱۰۰)	۱۴۰ (۱۰۰)	۱۴۳ (۱۰۰)	جمع	

نخاعی در گروه آزمایش، بر اساس آزمون مجذور «کای دو» (k2)، به طور معناداری نسبت به گروه کنترل افزایش یافت (طبق جدول (۱) در سه زمان مورد بررسی $P < 0.001$).

میزان رضایت مندی از بی حسی نخاعی در سه زمان ۲۴ و ۴۸ ساعت و ۷ روز پس از عمل، مورد بررسی قرار گرفت. در هر سه زمان مورد بررسی، میزان رضایت مندی از بی حسی

جدول ۲: مقایسه میزان بروز کمر درد ۲۴ و ۴۸ ساعت و ۷ روز بعد از عمل در دو گروه آزمایش و کنترل

P.Value	کنترل				آزمایش				گروه زمان	
	کمر درد ندارد		کمر درد دارد		کمر درد ندارد		کمر درد دارد			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
0.007	۷۲/۱	%۷۲/۱	۱۰۱	%۲۷/۹	۳۹	%۸۵/۳	۱۲۲	%۱۴/۷	۲۱	۲۴ ساعت بعد
0.001	۶۸/۶	%۶۸/۶	۹۶	%۳۱/۴	۴۴	%۸۵/۳	۱۲۲	%۱۴/۷	۲۱	۴۸ ساعت بعد
0.001	۸۱/۴	%۸۱/۴	۱۱۴	%۱۸/۶	۲۶	%۹۴/۴	۱۳۵	%۵/۶	۸	۷ روز بعد

آماري بر اساس آزمون مجذور «کای دو» (k2)، معنا دار بود (طبق جدول (۲) به ترتیب $P = 0.007$ و $P = 0.001$ و $P = 0.001$).

میزان بروز کمر درد، در گروه آزمایش و کنترل در مقاطع زمانی ۲۴ و ۴۸ ساعت و ۷ روز بعد از عمل، مقایسه گردید. در تمام فاصله زمانی، تعداد افرادی که در گروه آزمایش کمر درد داشتند، نسبت به گروه کنترل کمتر بودند و این کاهش از نظر

جدول ۳: مقایسه میانگین شدت کمردرد ۲۴ و ۴۸ ساعته و ۷ روز بعد از عمل، بین گروه آزمایش و کنترل

P.value	گروه		متغیر
	گروه کنترل	گروه آزمایش	
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
<0.001	$1/23 \pm 2/20$	$0/37 \pm 0/95$	کمردرد ۲۴ ساعته
<0.001	$1/14 \pm 1/92$	$0/35 \pm 0/95$	کمردرد ۴۸ ساعته
$0/003$	$0/37 \pm 0/94$	$0/10 \pm 0/52$	کمردرد ۷ روزه

بیماران با نمره ی رضایت مندی؛ کم از بی حسی نخاعی، از شدت و تکرر کمردردها شاکی بودند [۱۷]. هورلوکر و همکاران نیز اعلام کردند که، کمردرد بعد از عمل معمولاً همراه با نپذیرفتن بی حسی نخاعی در آینده می باشد [۱۸]. در این پژوهش ما به واسطه ی آموزش های انجام شده و تجارب مثبت همتایانی که به بیماران داده می شد میزان کمردرد به طور معنا داری کاهش پیدا کرد که به نظر می رسد؛ در افزایش رضایت مندی بیماران از این روش مناسب مؤثر بوده است، بنابراین نتیجه به دست آمده با پژوهش صدیقی و همکاران و هورلوکر و همکاران مطابقت دارد. این کاهش میزان کمردرد نیز با پژوهشی که اسکواب و هاپف انجام دادند مطابقت دارد. در بررسی آنان متوسط میزان بروز کمردرد بعد از بی حسی نخاعی در زمان کوتاه (۱ تا ۷ روز) ۱۵/۴ درصد (۵/۴ تا ۲۹ درصد) عنوان شد [۱۹]. پن و همکاران در بررسی های خود از قول چندین مؤلف، میزان بروز کمردرد بعد از بی حسی نخاعی را از ۵/۹۱ درصد تا ۲۲ درصد گزارش کردند. در پژوهشی که آنها نیز انجام دادند؛ میزان بروز کمردرد در محدوده ی پایین، گزارش فوق اعلام نمودند [۱۱].

نتیجه گیری:

بیشترین علت نپذیرفتن بی حسی نخاعی و راضی نبودن بیماران از این روش، کمردرد بعد از بی حسی نخاعی می باشد. علت کمردرد بعد از بی حسی نخاعی در برخی از بیماران، آگاهی نداشتن از این روش مناسب و تصورات ذهنی اشتباه می باشد. پس می توان با آموزش مناسب و استفاده از تجارب مثبت سایر بیماران، این آگاهی نداشتن و تصور ذهنی اشتباه را از بین برد و باعث کاهش بروز و شدت کمردرد شد. بنابراین استفاده از آموزش و تجارب مثبت همتایان می تواند؛ به افزایش رضایت مندی بیماران از بی حسی نخاعی کمک کند.

تشکر و تقدیر:

از تمامی پزشکان و پرسنل اتاق عمل بیمارستان های پیمانیه و مطهری جهرم و مرکز توسعه ی پژوهش های بالینی

شدت کمردرد در این پژوهش در هر دو گروه آزمایش و کنترل در سه زمان مورد بررسی؛ خفیف گزارش شد. اما میانگین کمردرد در گروه آزمایش در تمام زمان های مورد بررسی، نسبت به گروه کنترل بر اساس آزمون «تی» (t) مستقل، کاهش معنا داری را نشان داد. (طبق جدول (۳) به ترتیب $P < 0/001$ و $P < 0/001$ و $P = 0/003$). لازم به ذکر است که با گذر زمان، هم در بروز و هم در شدت کمردرد در هر دو گروه، کاهش وجود داشت.

بحث:

در این پژوهش به بررسی میزان بروز و شدت کمردرد و رضایت مندی بیماران از بی حسی نخاعی پس از آموزش و استفاده از تجارب مثبت همتایان پرداخته شد. از آنجا که رضایت مندی بیماران از شاخص های مهم اثر بخشی نظام سلامت می باشد، سنجش منظم و دوره ای آن با ارائه ی تصویری از شرایط موجود می تواند در طراحی راه کارهایی برای بهبود کیفیت ارائه ی خدمات و در نتیجه ارتقاء رضایت- مندی بیماران مؤثر باشد [۱۶].

عوامل مختلفی در رضایت مندی بیماران از بی حسی نخاعی، مربوط می باشد. در پژوهشی که آقای وون انجام دادند، دلایل نپذیرفتن بیماران از بی حسی نخاعی را، کمردرد (۲۹/۵ درصد)، تهوع و استفراغ بیماران پس از عمل جراحی (۲۰/۴ درصد)، درد در محل ورود سوزن بی حسی (۱۵/۹ درصد)، بی دردی ناکافی (۱۳/۶ درصد)، هوشیاری هنگام عمل جراحی (۶/۸ درصد)، سردرد پس از سوراخ شدن دور (۴/۵ درصد)، سندرم عصبی گذرا (۴/۵ درصد) و احتباس ادراری (۴/۵ درصد)، عنوان کردند. میزان رضایت مندی از بی حسی نخاعی توسط آقای وون ۹۶/۳ درصد عنوان شد (۴) که با میزان رضایت مندی در گروه آزمایش، در این پژوهش تقریباً هم خوانی دارد (به ترتیب در سه زمان مورد بررسی ۹۵/۱، ۹۴/۴ و ۹۳/۷ درصد). در پژوهشی که صدیقی و همکاران انجام دادند، میزان راضی نبودن را کمتر از ۱۵ درصد عنوان کردند که باز با گروه آزمایش در این پژوهش هم خوانی دارد (به ترتیب در سه زمان مورد بررسی ۴/۹، ۵/۶ و ۶/۳ درصد). آنان اعلام کردند که

بزرگسالان به شماره ۶۱۳۱ توسط آقای علی عباسی جهرمی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشد.

بیمارستان نمازی شیراز قدردانی می شود. این پژوهش، اقتباس یافته از طرح پایان نامه ای جهت کسب مدرک کارشناسی ارشد در رشته پرستاری مراقبت های ویژه

References:

1. Esmaili MH. A history of anesthesia. 1st ed. Shiraz: Shiraz Univ Med Sci; 2002: 240. (Persian).
2. Christina LB. Spinal anaesthesia. Anaesthesia and intensive care medicine 2009 10(11):549-551.
3. Agah M, Khajehnoori R, Sadeghi j. Basic of anesthesia. Tehran: Artin teb; 2012. 858. (Persian)
4. Won JR, Chan JC, Youn HL, Kyu HL, Seung CL. Factors in patient dissatisfaction and refusal regarding spinal anesthesia. Korean J Anesthesiol 2010; 59(4):260-264.
5. Singh I, Kumar A, Kumar P. Ambulatory PCNL (tubeless PCNL under regional anesthesia) a preliminary report of 10 cases. Int Urol Nephrol 2005;37(1):35-7.
6. Basiri A, Mehrabi S, Kianian H, Javaherforooshzadeh A, Kamranmanesh MR. Blind puncture in comparison with fluoroscopic guidance in PCNL: A randomized controlled trial. Urol J 2007;4(2):79-85.
7. Mehrabi sisakht S, Karimzadeh shirazi K. Use of spinal anesthesia for Percutaneous Nephrolithotomy. Armagane Danesh J 2008; 13(2): 115-22. (Persian)
8. Mehrabi S, Akbartabar M, Saberinezhad AA. Comparison of efficacy and complications General Versus Spinal Anesthesia in PCNL. Armagane danesh j 2010;15(2):95-105. (Persian)
9. Morgan P. Spinal anaesthesia in obstetrics. Can J Anaesth 1995; 42:1145-63.
10. Hemyari H, Behpurnia A. Prevalence of back pain following spinal anesthesia in Caesarean section in Javaheri Hospital, Tehran, 2004. J Med Sci Islam Azad Univ 2005;15(2):71-74. (Persian)
11. Peter HP, Regina F, Charles M, Vernon R. Incidence of Postdural Puncture Headache and Backache, and Success Rate of Dural Puncture: Comparison of Two Spinal Needle Designs. Southern Med J 2004 ;97(4):359-363.
12. Beagi marvast P. The Effect of preoperative teaching on the level of pain in patients after elective inguinal herniorrhaphy admitted in surgical wards of shahid beheshti hospital in Shiraz, 1991. [dissertation]. Shiraz: Shiraz Univ Med Sci; 1992: 3-6. (Persian)
13. Setoodeh G. The effect of Preoperative Psychoeducational interventions on post-operative anxiety and pain in children undergoing Day Case tonsillectomy in Dastgheib Hospital in Shiraz (Shiraz 2006-7) [dissertation]. Shiraz: Shiraz Univ Med Sci; 2007: 24. (Persian)
14. Hosseinkhani SN, Rozhe N. The Educational role of nurses in pain management. Proceedings of Congress of Pain; 2002, May 16; Tehran: School Nurs Midwifery Shahid Univ Med Sci. (Persian)
15. Abshorshori N. The effect of peer-lead instruction on life quality of breast cancer patients after mastectomy referred to clinics affiliated to Shiraz University of Medical sciences-2008 [dissertation]. Shiraz: Shiraz Univ Med Sci; 2009. 12-21. (Persian)
16. Joolae S, Givari A, Taavoni S, Bohrani N, Rezapoor R. Patients' satisfaction of nursing care in hospitals of selected cities. J Nurs Res 1386;2:37-44. (Persian)
17. Siddiqi R, Jafri SA. Maternal satisfaction after spinal anaesthesia for cesarean deliveries. J Coll Phys Surg Pak 2009;19:77-80. (Persian)
18. Horlocker TT, McGregor DG, Matsushige DK, Schroeder DR, BesseJA. A retrospective review of 4767 consecutive spinal anesthetics: central nervous system complications. Perioperative Outcomes Group. Anesth Analog. 1997;84:578-84.
19. Schwabe k, Hopf HB. Persistent back pain after spinal anaesthesia in the non-obstetric setting: incidence and predisposing factors. Br J Anaesth 2001;86(4):535-9.

Education, effective action in increasing patient satisfaction and Reduce the incidence and severity of back pain after spinal anesthesia in surgery

Abbasi Jahromi A¹, Mohebbi Z^{*2}, Sharif F³, Sahmeddini MA⁴, Vossoughi M⁵, Raeisi H²

Received: 5/15/2014

Accepted: 8/2/2014

1. Dept. of Anesthesiology and Intensive Care, School of Nursing and Paramedical, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
2. Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
3. Dept. of Mental Health & Psychiatric Nursing, , School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
4. Anesthesiology and Intensive Care Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
5. Dept. of Dental Public Health, School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 3, Number 1, Spring 2014

J Educ Ethics Nurs 2014;3(1):19-25

Abstract

Introduction:

Spinal anesthesia is caused by the injection of anesthetic in the subarachnoid space. The major reason patients refuse to apply this method is the back pain after operation and the main reason is the lack of satisfaction after spinal anesthesia. This study was conducted with the aim of increase patient satisfaction after spinal anesthesia.

Materials and Methods:

This clinical trial study was conducted on 283 patients operated through spinal anesthesia. These patients were categorized into two groups of control and experimental by block randomization. The subjects in the experimental group were instructed by the experts equally by pre-prepared plans in the case of this anesthetic technique; a video clip was presented to them regarding patient satisfaction already recorded. Demographic characteristics, spinal anesthesia, and surgery were collected by experts who were unaware of the sort of the experimental and control groups. Then, the rate of patients' satisfaction after spinal anesthesia and the incidence and severity back pain was recorded in the forms 24 and 48 hours and seven days later based on VAS scale.

Results:

Regarding back pain incidence in three times, a significant decrease was observed in the experimental group (the first 24 h $P=0.007$, 48 h and 7 days later $P=0.001$, respectively). A significant decrease in back pain severity in three levels was observed (the first 24 and 48 h $P<0.001$ and 7 days later $P=0.003$ respectively). Satisfaction rate in the experimental group than in the control group had a significant increase in three times (In all three time $P<0.001$).

Conclusion:

It seems that education and positive empathy effective on reduce the incidence and severity of back pain which leads to increased satisfaction from spinal anesthesia.

Keywords: Back pain, Complications after spinal anesthesia, Education, Peers, Satisfaction, Spinal anesthesia

* Corresponding author, Email: mohebbi04@yahoo.com