

تأثیر استفاده از شکم بند بر شدت درد و رضایتمندی بیماران پس از عمل جراحی شکم

فاطمه قانی دهکردی^۱

*زینب امیریان^۲

چکیده

زمینه و هدف: سالیانه بیش از صدها میلیون نفر تحت جراحی قرار می‌گیرند و درد پس از عمل جراحی را تجربه می‌کنند... بی‌حرکتی و درد پس از جراحی از عوامل خطر قابل تعدیل ترومبوآمبولی و عوارض ریوی هستند. بر اساس مطالعات اندکی که انجام شده است، استفاده از شکم‌بند، درد بعد از عمل، تشکیل سرم، دیسترس روانی و ناراحتی بعد از عمل را کاهش می‌دهد. بنابراین، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر استفاده از شکم‌بند بر درد و رضایتمندی بیماران تحت عمل جراحی شکم انجام شد.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی شاهد دار تصادفی، ۴۸ بیمار کاندید جراحی لاپاراتومی درمانی با برش خط وسط به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. سه روز اول بعد از عمل جراحی بیماران گروه مداخله قبل از اولین حرکت در صبح شکم‌بند بسته و راه می‌رفتند و به محض قرار گرفتن روی تخت، پرسشنامه درد و رضایتمندی تکمیل می‌شد. در گروه کنترل نیز بدون هیچ مداخله‌ای، درد و رضایتمندی شرکت‌کنندگان بعد از راه رفتن و قرار گرفتن روی تخت اندازه‌گیری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی (کای دو، فریدمن و تی‌تست) استفاده شد.

یافته‌ها: در گروه مداخله شدت درد به طور معنی‌داری کمتر ($p < 0.05$) و رضایتمندی به طور معنی‌داری بیشتر ($p < 0.05$) از گروه کنترل بود.

نتیجه‌گیری کلی: نتایج نشان داد که شکم‌بند به عنوان یک روش مداخله غیر دارویی منجر به کاهش درد و افزایش رضایتمندی بیماران بعد از جراحی شکم می‌شود.

کلید واژه‌ها: شکم‌بند، درد، رضایتمندی، جراحی، شکم

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۴/۷/۱۵

^۱ مربی، دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.
^۲ کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران. (*نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۱۳۳۸۴۰۳۱۰

مقدمه

جراحی یک تجربه استرس‌زا برای بیمار است که بیمار هم از نظر فیزیولوژیکی و هم روانی کنترل کمی روی موقعیت یا نتایج آن دارد^(۱). جراحی می‌تواند به صورت انتخابی یا اورژانسی، کوچک یا بزرگ، تشخیصی یا درمانی، تهاجمی یا غیرتهاجمی بوده و هر قسمت یا سیستمی از بدن را شامل شود^(۲). پس از هر عمل جراحی، ممکن است عوارضی ایجاد شود که در صورت عدم تشخیص و درمان زودرس می‌توانند موجب موربیدیت یا حتی مرگ شود^(۳). در بررسی کاپلز که بر روی ۵۳ میلیون عمل جراحی در ایالات متحده انجام شد، مشخص گردید که ۳۰ درصد بیماران از درد خفیف، ۲۰ درصد از درد متوسط و ۴۰ درصد از درد شدید بعد از عمل جراحی رنج می‌برند^(۴). درد یکی از مشکلات شایع پرستاری در بخش‌های جراحی می‌باشد و تقریباً ۸۵ درصد بیماران بستری در بخش‌های جراحی از درد شکایت داشته‌اند که نیمی از این دردها نیز مورد غفلت واقع شده است^(۵). درد بعد از عمل جراحی، دردی است که بعد از تمامی اعمال جراحی به علت برش، کشیدگی و دستکاری بافت‌ها ایجاد گردیده و غالباً ۲۴ ساعت یا یک هفته طول می‌کشد^(۱). همچنین در تحقیق چیفتز و همکاران، بی‌حرکتی و درد عوامل خطر قابل اصلاح ترومبوآمبولی و عوارض ریوی بعد از جراحی بزرگ شکمی می‌باشند^(۶). درد بعد از عمل جراحی ممکن است توانایی شخص را در سرفه کردن و تنفس عمیق مهار کند این در حالی است که انجام این اعمال برای پیشگیری از آتلکتازی و پنومونی حیاتی می‌باشد^(۷). دردی که تسکین داده نشود، منجر به تحریک سمپاتیک و به دنبال آن افزایش ضربان قلب، تنفس، حجم ضربه‌ای، فشار خون و مصرف اکسیژن میوکارد می‌شود که این افزایش با تشدید ایسکمی یا انفارکتوس میوکارد همراه خواهد بود^(۸) امروزه به طور متداول از داروهای مسکن، آرام‌بخش‌ها و اپیوئیدها برای کاهش درد پس از جراحی استفاده می‌شود^(۹). اما این داروها اغلب دارای عوارض جانبی

ناخواسته از جمله افت فشار خون، اختلالات سیستم تنفسی، عوارض قلبی و عروقی و وابستگی فیزیکی و روانی می‌باشند^(۱۰). در سال‌های اخیر میزان استفاده از دارو کمتر شده و اغلب درمان‌های غیر دارویی ترجیح داده می‌شوند به طوری که بسیاری از بیماران روش‌های غیر دارویی را برای کاهش درد به کار می‌برند^(۱۱). یکی از روش‌های غیر جراحی کاهش درد استفاده از شکم‌بند می‌باشد؛ شکم‌بند پس از عمل جراحی جهت تسکین درد و کاهش میزان ترشحات سرورزی بر روی بدن بیمار قرار داده می‌شود^(۱۲). از طرف دیگر با افزایش فشار داخل شکم عملکرد دیافراگم بهتر شده و باعث می‌شود که فرد بدون ترس از باز شدن بخیه‌ها راحت‌تر عطسه و سرفه کند و از تخت پایین بیاید که این امر منجر به کاهش عوارض ریوی از جمله پنومونی و آتلکتازی می‌شود^(۱۳). رضایتمندی بیماران برآیند مجموعه پیچیده‌ای از عوامل گوناگون است و برای دستیابی به آن لازم است ابعاد مختلفی از خدمات از جمله مراقبت‌های پرستاری، پزشکی، پشتیبانی و بخش‌های گوناگون سازمانی به طریقی با یکدیگر هماهنگ شده و با رعایت کامل حقوق بیمار در تمام ابعاد، شرایط مناسبی را برای ایجاد و ارتقای آن فراهم سازد^(۱۴). در واقع رضایتمندی بیمار یکی از اهداف و مأموریت‌های هر سازمان مراقبتی-بهداشتی است. زمانی بیماران، تنها دریافت‌کننده مراقبت محسوب می‌شدند، اما امروزه به عنوان مشتریان سازمان‌های مراقبتی هستند و در واقع رضایتمندی بیماران از مراقبت پرستاری قسمتی از سازه رضایتمندی کلی بیمار از سازمان مراقبتی است^(۱۵). این رابطه بک، بیان می‌دارد: "سطوح بالای رضایتمندی بیماران از درمان‌ها باعث تبعیت از برنامه‌های درمانی، کاهش شیوع عوارض و هزینه‌های کمتر، مدت اقامت کمتر در بیمارستان، تداوم ارتباط با یک مراقبت بهداشتی، بهبود بخشیدن به دیدگاه جامعه نسبت به سیستم مراقبت بهداشتی، تغییرات سودمند در سلامتی جامعه می‌گردد و در نهایت بر نتایج بالینی تاثیرگذار است"^(۱۶). اگر چه شواهدی وجود دارد

که اثرات مفید حرکت زود هنگام و تمرینات تنفس عمیق برای بیمارانی که جراحی شکم داشته‌اند را تأیید کرده است اما اکثر بیماران به خاطر درد و ترس از آسیب، تمایلی به حرکت زود هنگام و انجام تنفس عمیق نشان نمی‌دهند و معمولاً به نگهداشتن ناحیه برش جراحی با دست یا بالش تشویق می‌شوند. هر نوع تسکین ناشی از این روش‌ها موقت بوده و نمی‌تواند مستمر و مداوم باشد^(۶) بنابراین هدف این مطالعه، بررسی تاثیر استفاده از شکم‌بند بر شدت درد و رضایتمندی بیماران بعد از عمل جراحی شکم می‌باشد.

روش بررسی

این پژوهش مداخله‌ای و از نوع کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی بود که در بیمارستان‌های شهداء و طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰ انجام شد. شرکت کنندگان ۴۸ بیمار بستری در بخش جراحی بیمارستان بودند که تحت عمل جراحی لاپاراتومی درمانی برش خط وسط (میدلاین) قرار گرفته بودند (۲۴ نفر گروه مداخله و ۲۴ نفر گروه کنترل).

مشخصات ورود به مطالعه شامل انجام عمل جراحی لاپاراتومی درمانی (برش خط وسط)، و معیارهای خروج از مطالعه ابتلا به بیماری روانی شناخته شده، اعتیاد به مخدرها یا ضد دردهای قوی، درد شدید بیمار به دلیل ماهیت بیماری (مثل سرطان)، اعمال جراحی غیر شکمی و سابقه جراحی قبلی شکم بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود که با توجه به اهداف پژوهش تهیه و تنظیم شد. در این پژوهش نمونه‌گیری به روش تدریجی تصادفی صورت گرفت در این حالت، نمونه‌ها به صورت تدریجی فراهم می‌شوند و انتخاب آنها تصادفی است. بدین منظور بیمارانی که تحت عمل جراحی لاپاراتومی با برش خط وسط قرار گرفته و کلیه مشخصات ورود به مطالعه را دارا بودند به عنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند و تخصیص نمونه‌ها به گروه کنترل و مداخله به صورت تصادفی (بر اساس کد مندرج در پرسشنامه) انجام یافت. بدین صورت که با

توجه به زوج یا فرد بودن کد مندرج در پرسشنامه، افرادی که عدد زوج تعلق به آنها گرفته بود در گروه مداخله و افرادی که عدد فرد به آنها تعلق گرفته بود در گروه کنترل قرار گرفتند. جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از اعتبار محتوا و برای سنجش پایایی از آلفای کرونباخ استفاده گردید که ۰/۸۸۳ بدست آمد. پرسشنامه شامل سه بخش بود: بخش اول سولاتی در مورد مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تاهل، شاخص توده بدنی، زمان بستن شکم‌بند، نوع عمل جراحی و هدف عمل جراحی) بود که از طریق پرسش از مددجو و یا مراجعه به پرونده توسط پژوهشگر جمع‌آوری و ثبت شد. بخش دوم، ثبت اطلاعات مربوط به درد بود که توسط مقیاس عددی بصری (VAS)، بنابر اظهار نمونه‌ها سنجیده شد. این مقیاس شامل نموداری است که از صفر تا ده بر اساس شدت درد رسم گردیده است. عدد صفر نشانگر بدون درد و ده نشانگر درد شدید است. سپس امتیازات کسب شده به صورت (۰) بدون درد، (۳-۱) درد خفیف، (۷-۴) درد متوسط، (۱۰-۸) درد شدید طبقه بندی گردید. بخش سوم پرسشنامه شامل سولاتی در زمینه رضایتمندی بود که در ۸ سوال طبقه‌بندی شد. بر اساس مقیاس لیکرت برای هر سوال، ۵ گزینه خیلی زیاد، زیاد، تاحدودی، کم، و اصلاً قرار داده شد که به انتخاب گزینه خیلی زیاد امتیاز (۵)، گزینه زیاد امتیاز (۴)، تا حدودی امتیاز (۳)، کم امتیاز (۲)، اصلاً امتیاز (۱) تعلق گرفت. پژوهشگر پس از اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با مراجعه به بیمارستان و بیان اهداف پژوهش به بیماران واجد شرایط و کسب موافقت آنان برای شرکت در پژوهش نمونه‌گیری را آغاز نمود. در اولین روز پس از عمل جراحی بیماران در گروه مداخله (دستور پزشک در پرونده مبنی بر استفاده از شکم‌بند ثبت شده بود) قبل از اولین حرکت در صبح به کمک پژوهشگر شکم‌بند می‌بستند و سپس از تخت پایین آمده و راه می‌رفتند. پرسشنامه مربوط به درد و

یافته‌ها

نتایج نشان داد که بیماران مورد پژوهش در هر دو گروه از نظر سن، جنس، وضعیت تاهل و شاخص توده بدنی همگن هستند. عدم وجود رابطه بین متغیر و گروه نشان دهنده همگن بودن گروه‌ها از نظر متغیرهای مورد بررسی است. میانگین شدت درد طی سه روز پس از عمل نشان داد که بیشتر شرکت کنندگان گروه کنترل (۴۱/۶۷) درد شدید و بیشتر شرکت کنندگان گروه مداخله (۴۱/۶۷) درد خفیف را گزارش کرده اند (جدول شماره ۱).

رضایتمندی به محض برگشتن به تخت تکمیل می‌شد. میزان درد و رضایتمندی بیمارانی که در گروه کنترل قرار گرفته بودند بعد از راه رفتن و قرار گرفتن روی تخت مورد ارزیابی قرار می‌گرفت. تکمیل تمامی این پرسشنامه‌ها سه بار در روز صورت می‌گرفت تا کلیه نوساناتی که در طول شبانه‌روز گذشته رخ می‌دهد ارزیابی شوند. ارزیابی درد و رضایتمندی در سه روز اول پس از عمل صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های کای اسکوئر، فریدمن و تی تست مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین وضعیت درد واحدهای مورد پژوهش در طی سه روز بعد از عمل جراحی شکم در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون	گروه کنترل		گروه مداخله		گروه
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$t=10/06$					وضعیت درد طی سه روز
$P=0/002$	۰	۰	۰	۰	(۰) بدون درد
	۴/۱۷	۱	۴۱/۶۷	۱۰	خفیف (۱-۳)
	۳۳/۳۳	۸	۳۳/۳۳	۸	متوسط (۴-۶)
	۴۱/۶۷	۱۰	۲۵	۶	شدید (۷-۹)
	۲۰/۸۳	۵	۰	۰	(۱۰) بسیار شدید
	۱۰۰	۲۴	۱۰۰	۲۴	جمع
	$7/16 \pm 0/79$		$4/75 \pm 0/86$		میانگین \pm انحراف معیار

میزان رضایتمندی در طول سه روز در دو گروه مداخله و کنترل نشان داد (جدول شماره ۲). همچنین آزمون آماری t اختلاف معنی داری ($P=0/002$) را در وضعیت درد دو گروه در طی سه روز بعد از عمل نشان داد (جدول شماره ۱).

آزمون آماری t ، تفاوت معنی‌دار آماری در میانگین شدت درد در گروه مداخله و کنترل نشان داد ($p=0/002$). به عبارت بهتر، بستن شکم بند در کاهش شدت درد بعد از جراحی شکم موثر بوده است. آزمون آماری t اختلاف معنی‌داری ($p=0/002$) در متوسط

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین میزان رضایتمندی واحدهای مورد پژوهش در طی سه روز بعد از عمل جراحی شکم در دو گروه مداخله و

نتایج آزمون	کنترل		مداخله		گروه رضایتمندی طی سه روز
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$t= ۱۴/۵$ $P= ۰/۰۰۲$	۱۲/۵۰	۳	۴/۱۷	۱	اصلا
	۲۵/۰۰	۶	۸/۳۳	۲	کم
	۴۵/۸۳	۱۱	۳۷/۵۰	۹	تاحدودی
	۱۶/۶۷	۴	۳۳/۳۳	۸	زیاد
	۰	۰	۱۶/۶۷	۴	خیلی زیاد
	۱۰۰/۰۰	۲۴	۱۰۰/۰۰	۲۴	جمع
	$۲۴/۳۳ \pm ۱/۸۵$		$۲۸/۲۵ \pm ۱/۴۲$		میانگین \pm انحراف معیار

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه به بررسی تاثیر استفاده از شکم‌بند بر میزان درد و رضایتمندی بیماران پس از عمل جراحی شکم پرداخته شد. یافته‌ها نشان داد که بستن شکم‌بند بر کاهش درد بیماران موثر بوده است همچنین یافته‌ها نشان داد که بستن شکم‌بند بر رضایتمندی بیماران پس از عمل جراحی موثر بوده است.

مطالعاتی که در گذشته در زمینه تاثیر استفاده از شکم‌بند بر درد پس از عمل جراحی شکم صورت گرفته، محدود می‌باشند. کریستفر و همکاران^(۱۲) در سال ۲۰۰۹ یک کارآزمایی بالینی بر روی بیماران تحت عمل جراحی لاپاراتومی با برش خط وسط انجام دادند. این مطالعه نشان داد که بستن شکم‌بند منجر به کنترل درد بیماران پس از عمل جراحی شکم می‌شود. به طور متناقض مطالعه‌ای دیگر که توسط اولسن و همکاران^(۱۶) در سال ۲۰۰۹ بر روی بیمارانی که تحت عمل جراحی در ناحیه فوقانی شکم قرار گرفته بودند انجام شد، نشان داد که تفاوت چشمگیری بین شدت درد در گروه مداخله و کنترل وجود ندارد. با این حال بیمارانی که از شکم‌بند استفاده کرده بودند به‌ویژه در روزهای اول پس از عمل جراحی، راحتی بیشتری داشتند. در مطالعه‌ای دیگر که توسط اورن چیفز و همکاران^(۱۰) در سال ۲۰۱۰ بر روی ۶۰ بیمار که تحت عمل جراحی شکم قرار گرفته بودند

نتایج نشان داد که استفاده از شکم‌بند به کنترل درد پس از عمل جراحی کمک می‌کند به طوری که در بیماران گروه مداخله که از شکم‌بند استفاده کرده بودند شدت درد پس از عمل جراحی بدون تغییر ماند در حالی که در بیماران گروه کنترل که هیچ نوع مداخله دریافت نکرده بودند شدت درد به‌طور چشمگیری افزایش پیدا کرد. بدین ترتیب امید می‌رود که شکم‌بند به عنوان یکی از راهکارهای موثر در کاهش درد بیماران پس از عمل جراحی شکم بکار رود. همچنین نتایج نشان داد که گروه مداخله که از شکم‌بند استفاده کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل، میزان رضایتمندی بیشتری داشتند و از نظر آماری تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. به عبارت بهتر، بستن شکم‌بند در افزایش رضایتمندی بیماران بعد از عمل جراحی شکم موثر بوده است. تا کنون مطالعه‌ای در زمینه تاثیر استفاده از شکم‌بند بر رضایتمندی پس از عمل جراحی شکم صورت نگرفته است. باونترا و همکاران^(۹) در برزیل، یک کارآزمایی بالینی، با عنوان بررسی تاثیر شکم‌بند روی کارایی عضلات تنفسی در بیماران تتراپلژیک در وضعیت نشسته و خوابیده به پشت انجام دادند. یافته‌های مطالعه نشان داد که هیچ تفاوت معنی‌داری با و بدون استفاده از شکم‌بند بین حداکثر فشار دمی، بازدمی و ظرفیت حیاتی در پوزیشن خوابیده به پشت وجود نداشت ولی حداکثر فشار بازدمی و ظرفیت

پس از عمل جراحی شود. حجم نمونه پایین تعمیم نتایج بدست آمده را با مشکل مواجه می‌کند لذا انجام بررسی‌های بیشتر و با حجم نمونه بالاتر توصیه می‌شود. همچنین توصیه می‌شود تاثیر شکم‌بند در سایر اعمال جراحی شکم از جمله سزارین نیز به صورت اختصاصی مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران می‌باشد. بدین وسیله از مسئولان محترم دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، کارکنان محترم بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کلیه همکاران و بیمارانی که ما را در این طرح یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

حیاتی در پوزیشن نشسته در هنگام استفاده از شکم‌بند در مقایسه با بدون استفاده از شکم‌بند بالاتر بودند و تفاوت معنی‌داری وجود داشت. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ توسط Cheifetz و همکاران انجام شده درد حاد ناشی از برش در طول حرکت و خروج از تخت در افرادی که بعد از جراحی از شکم بند استفاده کرده‌اند کاهش یافته است ولی سطح درد در طول دوره بعد از جراحی تغییر محسوسی نداشته است^(۷).

کنترل درد بیماران همواره از مشکلات اصلی در جراحی بوده است. امروزه هم‌چنان بسیاری از مطالعات به بهبود روش‌های کنترل درد می‌پردازند، چرا که با کنترل مناسب درد، بسیاری از عوارض جراحی از جمله عوارض قلبی ریوی کاهش یافته و با تسریع بهبودی بیمار، هزینه‌ها کاهش و رضایتمندی افزایش می‌یابد. در این مطالعه تاثیر شکم‌بند روی شدت درد و رضایتمندی بیماران پس از عمل جراحی مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که استفاده از شکم‌بند به عنوان یک روش غیر تهاجمی می‌تواند موجب کاهش درد پس از عمل جراحی در بیماران و افزایش رضایتمندی بیماران

فهرست منابع

- 1- Potter P, Perry A. Fundamentals of Nursing :Essential for practice. 7th ed. Philadelphia: Mosby; 2008;4:450-80.
- 2- Taylor C, Lemone. Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- 3- Courtney M. Sabiston textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice. 18th ed. Saunders, Elsevier; 2008; 437.
- 4- Eghbali ME, Kardan R, Abazari P. [Patients' viewpoints concerning post-surgical pain management]. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2010;11(2):15-20. Persian
- 5- Reimer-Kent J. From theory to practice: preventing pain after cardiac surgery. *Am J Crit Care*. 2003;12(2):136-43.
- 6- Cheifetz O, Lucy SD, Overend TJ, Crowe J. The effect of abdominal support on functional outcomes in patients following major abdominal surgery: a randomized controlled trial. *Physiother Can*. 2010;62(3):242-53.
- 7- Kozier B. Fundamentals of nursing: concepts, process and practice: Pearson Education; 8th ed. Pearson international education; 2008.
- 8- Smeltzer S, Bare B. Text book of medical-surgical Nursing. 12th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company; 2010.
- 9- Agarwal A, Ranjan R, Dhiraaj S, Lakra A, Kumar M, Singh U. Acupressure for prevention of pre-operative anxiety: a prospective, randomised, placebo controlled study. *Anaesthesia*. 2005;60(10):978-81.
- 10- Smith MT, editor Opioid-induced hyperalgesia, opioid rotation and opioid combinations. Combined CME Spring Meeting of Faculty of Pain Medicine, ANZCA, Acute Pain special Interest

Group of ANZCA, ASA and NZSA, *Acute Pain Special Interest Group of IASP: Pain at the Centre*; 2008; 10:199-200.

11- Momen Abadi A, Haghani H. [The effect of acupressure on pain and physiological indices of chest drainage tube removal, in cardiac surgical patients in the intensive care unit of Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, 2010]. Persian

12- Wetter P. Prevention and management of laparoendoscopic surgical complications. 2nd ed. united state; Lippincott Williams & Wilki: 2007.

13- Jeffrey N, Philip S.B, Ralph R. B, Alfred E. Ch, Stephen L, Sean J. Mulvihill, et al. Surgery: Basic science and clinical evidence , 2nded. Springer; 2009.

14- Qureshi W, Nazir A, Ajaz A. A case study on patient satisfaction in SMHS hospital, Sringar. *J Hosp Today*. 2005;12(3):154-55.

15- Wagner D, Bear M. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *J Adv Nurs*. 2009;65(3):692-701.

16- Beck SL, Towsley GL, Berry PH, Lindau K, Field RB, Jensen S. Core aspects of satisfaction with pain management: cancer patients' perspectives. *J Pain Symptom Manage*. 2010;39(1):100-15.

The Impact of Abdominal Binder on the Pain Intensity and Satisfaction of the Hospitalized Patients after Abdominal Surgery

¹Ghani Dehkordi F.MS.

^{2*}Amirian Z. MS.

Abstract

Background & Aims: Each year over a hundred million people are undergoing surgery and experience the postoperative pain. Immobility and pain are modifiable risk factors for development of venous thromboembolism and pulmonary morbidity after major abdominal surgery. Documentation from a few studies implies that abdominal binders diminish post-operative pain, seroma formation, psychological distress and post-operative discomfort. Thus the purpose of this study is to investigate the impact of using abdominal binder on the pain intensity of patients after abdominal surgery.

Material & Methods: In a randomized controlled clinical trial, 48 patients who underwent therapeutic laparotomy surgery with abdomen midline incision allocated to intervention and control group randomly. In the first three days after surgery patients in the intervention group used the abdominal binder before the first movement in the morning, then come down the bed and walked. The pain and satisfaction questionnaire completed as soon as they go back to bed. The pain intensity and satisfaction of control group measured after walking and when they go back to bed in the morning. For data analysis, descriptive and inferential statistics (chi-square, t-test, and Friedman) were used.

Results: Patients in the intervention group experienced a significant decrease in pain intensity ($p < 0.05$). Patients' satisfaction was significantly higher in the intervention group ($p < 0.05$).

Conclusion: The results of the study showed that abdominal binder, as a non-pharmacologic method of pain management decreased the patients' pain and increased the patients' satisfaction in abdominal surgery.

Keywords: Binder, Pain, Abdominal, Surgery, Satisfaction

Received: 9 Jul 2015

Accepted: 7 Oct 2015

¹ PhD student in nursing, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

² MS. in nursing, Shahr-e-kord University of medical sciences, Shahr-e-kord. Iran. (*Corresponding author)
Tel: 09133840310 Email: zeinab_amirian@yahoo.com