

مدیریت کنترل درد: دیدگاه بیماران

ناهد رژه^۱ *دکتر فضل‌ا... احمدی^۲ دکتر عیسی محمدی^۳ دکتر انوشیروان کاظم‌نژاد^۴ دکتر منیره انوشه^۵

چکیده

زمینه و هدف: رهایی از درد بیماران اساس مراقبت پرستاری است و پیامدی با ارزش از اقدامات پرستاری محسوب می‌شود. شناسایی مفهوم مدیریت کنترل درد از اهمیت فراوانی برخوردار می‌باشد. 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. این مطالعه با هدف کاوش و توصیف دیدگاه بیماران درباره مدیریت کنترل درد صورت گرفت.

روش بررسی: تحقیق با طراحی کیفی بر روی ده بیمار و چهار همراه بیمار با استفاده از نمونه گیری مبتنی بر هدف انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار دار و مشاهدات و یادداشت‌های در عرصه جمع آوری و به روش تجزیه و تحلیل محتوایی تحلیل شدند. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و پیاده شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مقاله از آنالیز داده‌ها تعدادی درون‌مایه‌هایی که حاصل دیدگاه بیماران از مدیریت کنترل درد می‌باشد استخراج گردید و مورد بحث قرار گرفته که شامل پایش و در دسترس بودن، برخورد انسانی، اطلاع رسانی و آموزش به بیمار، برقراری ارتباط و مشارکت دهی بیمار، در نظر گرفتن کلیت و فردیت بیمار، دوگانگی بین بیان و اکراه از درد بوده است.

نتیجه گیری: یافته‌های این مطالعه که برای شناخت بیشتر از دیدگاه بیماران و نیازهای آن‌ها از مدیریت کنترل درد است کمک کننده می‌باشد. این امر به‌طور غیرمستقیم در طراحی، اجرا و ارزشیابی اقدامات مناسب پرستاری مؤثر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: مدیریت کنترل درد - دیدگاه بیماران - تحقیق کیفی

تاریخ دریافت: ۸۶/۲/۲۳ تاریخ پذیرش: ۸۶/۱۲/۲۱

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس

^۲ دانشیار گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (*مؤلف مسئول)

^۳ استادیار گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

^۴ استاد آماریاتی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

^۵ استادیار گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

مدیریت کنترل درد بعد از عمل، پدیده پیچیده‌ای است که عوامل متعدد جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی مؤثر بر درک، درمان و ارزیابی آن را در برمی‌گیرد.^(۱)

از زمانی که جراحی به عنوان یک روش درمانی مطرح شده است همیشه درد ناشی از آن مانع و مشکل اصلی همراه آن بوده است و تسکین درد در اولویت مراقبت‌های پرستاری قرار دارد.^(۲و۳)

بررسی‌ها نشان داده است که کنترل مؤثر بر درد پس از عمل جراحی بهبود بیماران را تسریع کرده و طول مدت بستری شدن را کاهش می‌دهد. یکی از استانداردها برای مقایسه عملکرد بیمارستان‌ها تعیین دیدگاه بیماران به‌خصوص از مدیریت کنترل درد می‌باشد که باعث تسریع بهبودی و نشانگر حساس بودن پرستاران به نیازهای بیماران و بهبود مدل‌های مراقبتی می‌باشد.^(۴)

تحقیقات زیادی در مورد سنجش میزان دردی که بیماران تحمل می‌کنند صورت گرفته است ولی در مورد دیدگاه بیماران به مدیریت کنترل درد تحقیقات اندکی انجام یافته است، در حالی که کسب دیدگاه بیماران سبب مشارکت بیشتر آن‌ها در امر مراقبت و کاهش طول مدت بستری، کاهش بار اقتصادی برای بیمار و جامعه خواهد شد. در واقع دستیابی به دیدگاه بیمار و جلب رضایت او هدف اصلی تیم مراقبت بهداشتی است، زیرا رضایت بیمار نشانه ارتقای کیفیت مراقبت در بیمارستان می‌باشد.^(۵)

در دهه گذشته علی‌رغم وجود استراتژی‌های مؤثر بر تسکین درد محققین زیادی بر این که درد بعد از عمل

جراحی به‌خوبی کنترل و درمان نمی‌گردد اذعان داشتند.^(۶و۷)

اکثر تحقیقات در مورد نگرش افراد گروه درمانی و مدل‌هایی درباره چگونگی تصمیم‌گیری در مدیریت کنترل درد صورت گرفته است، ولی نگرش و تجارب بیماران در مدیریت کنترل درد بعد از عمل به‌ندرت مورد توجه قرار گرفته است.^(۸و۹)

اکثر تحقیقات انجام یافته در مدیریت کنترل درد مربوط به بررسی توصیف تجارب بیماران از درد^(۱۰-۱۲)،

و یا بررسی رضایتمندی بیماران از فعالیت‌های مراقبتی برای تسکین درد، در بخش جراحی پرداخته است.^(۱۳و۱۴)

اما بندرت دیدگاه بیماران در مدیریت کنترل درد بعد از عمل مورد توجه قرار گرفته است. همچنین بیشتر مطالعات در مدیریت کنترل درد بعد از عمل با رویکردهای کمی مورد بررسی قرار گرفته و کمتر مطالعه‌ای با رویکردهای کیفی انجام شده است.^(۱۵)

با توجه به اهمیت پدیده مدیریت کنترل درد در نظام‌های مراقبت بهداشتی و محوریت این فعالیت مهم مراقبتی در پرستاری و قابلیت‌های پژوهش کیفی در درک عمیق پدیده‌ها، این پژوهش کیفی با هدف تبیین دیدگاه بیماران درباره مدیریت کنترل درد انجام شد. شناسایی و معرفی عوامل موجود بر سر راه ارائه این فعالیت مهم در پرستاری، می‌تواند پرستاران را در ارتقاء نقش مراقبتی از بیمار یاری دهد. همچنین دستیابی به دیدگاه بیماران برای پی بردن به نواقص موجود در خدمات درمانی اساسی است. با دستیابی به دیدگاه بیماران می‌توان در جهت برآورده کردن رضایت بیماران گام برداشت، آن‌ها را در امر مراقبت و درمان مشارکت داده و آسایش بیشتری را برای بیماران تأمین نمود و بدین وسیله سلامت جامعه را ارتقا داد.

روش بررسی

برای کسب تجربه مشارکت‌کنندگان در این تحقیق از رویکرد کیفی و از تجزیه و تحلیل محتوایی استفاده گردید که به منظور استخراج و استنباط معانی و مفاهیم از متون به‌ویژه در مطالعات اکتشافی مناسب هستند.^(۱۷و۱۶) مشارکت‌کنندگان از بین بیمارانی که جراحی شکمی داشتند و در بخش‌های جراحی دو بیمارستان دولتی بستری بودند، انتخاب شدند. با استفاده از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با ده بیمار، (مشارکت‌کنندگان اصلی و کلیدی) و چهار همراه بیمار (مشارکت‌کنندگان غیر اصلی) مصاحبه به عمل آمد.

معیار ورود به پژوهش سن بالای بیست سال، داشتن جراحی شکمی، توانایی صحبت کردن و تمایل به شرکت در تحقیق بود. بیماران واجد شرایط برای شرکت در پژوهش به وسیله سرپرستار هر بخش معرفی گردیدند در صورت تمایل بیماران، قبل از تصمیم‌گیری اطلاعات تحقیق به صورت کتبی در اختیار آن‌ها گذاشته شد.

ارائه اطلاعات کافی در خصوص اهداف و نحوه انجام پژوهش برای مسئولین بخش‌ها و مشارکت‌کنندگان، رعایت حقوق مشارکت‌کنندگان در هنگام مصاحبه و پیشگیری از آسیب به آنان و کسب اجازه برای انجام مشاهده، رعایت محرمانه و نا شناس ماندن مشارکت‌کنندگان با ارائه کد و پرهیز از مشخص ساختن هویت آن‌ها مصاحبه‌ها به عمل آمد. اطلاعات از طریق مصاحبه‌های عمیق، باز و نیمه ساختاردار و مشاهدات توسط محقق در بخش‌ها کسب گردید. هر مصاحبه تقریباً حدود ۱ ساعت طول کشید. مصاحبه با یک سؤال باز عمومی آغاز شد. مصاحبه با سؤالات خاص‌تر در مورد دیدگاه آن‌ها از مدیریت کنترل درد

بعد از عمل پی‌گیری شد. مشارکت‌کنندگان قبل از پاسخ دادن به سؤالات فکر نمی‌کردند و جواب‌ها کاملاً طبیعی بود. تولید اطلاعات با درگیر کردن مشارکت‌کنندگان در توصیف دیدگاه آن‌ها از مراقبت‌های پرستاری و اقدامات درمانی که برای کنترل و درمان درد بعد از عمل جراحی انجام می‌شود ادامه یافت. این اطلاعات حاوی مطالبی بود که در مدیریت کنترل درد بعد از عمل مهم بوده و بیماران آن را اثرگذار درک کرده بودند. عکس‌العمل‌های غیرکلامی مشارکت‌کنندگان توسط یادداشت برداری در عرصه ثبت گردید که شامل عکس‌العمل‌ها و برخوردها و ارتباطات بین بیماران و پرستاران و سایر پرسنل درمانی و همراهان بود. مصاحبه‌ها تا زمانی که کد جدیدی استخراج نگردید ادامه یافت. اشباع داده‌ها (Data saturation) بعد از ۱۶ مصاحبه با ۱۴ مشارکت‌کننده فراهم گردید. برای کسب اطمینان از این‌که امانت در انتقال گفتار مشارکت‌کنندگان رعایت گردد، جملات عیناً با زبان محاوره‌ای مشارکت‌کنندگان از نوار ضبط صوت پیاده و به نگارش درآمد. این فرآیند در تماس مداوم و پیگیرانه با داده‌ها ادامه یافت. همه اعضا تیم تحقیق به‌طور جداگانه داده‌ها را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند و پرسش اصلی مطالعه این بود که: تجربه و دیدگاه بیماران به روند کنترل درد چگونه است؟

از رویکرد کیفی تحلیل محتوا Graneheim و Lundman برای آنالیز داده‌ها استفاده شد.^(۱۸) این رویکرد توسط شریف (۲۰۰۵) نیز به کار گرفته شد.^(۱۹) سه سطح کدگذاری در این مطالعه استفاده شد.^(۲۰و۲۱) در کدگذاری سطح اول داده‌ها خط به خط بررسی شد و کدهای زنده، یعنی کدهایی که از زبان

اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه نگهداری خواهد شد و نوارها پس از پایان تحقیق پاک خواهند شد. افراد در هر مرحله از تحقیق مجاز بودند از تحقیق خارج شوند.

یافته ها

مشارکت کنندگان سه بیمار زن و هفت بیمار مرد بودند با طیف سن بین ۲۲ تا ۶۷ سال (میانگین ۴۳ سال). سه نفر تحصیلات دانشگاهی، هفت نفر تحصیلات متوسط و دو نفر تحصیلات نیمه تمام در حد دوران راهنمایی دو نفر بی‌سواد بودند. سه نفر از مشارکت کنندگان تجربه قبلی بستری شدن در بیمارستان را داشتند. همچنین چهار تن از همراهان بیماران (دو زن و دو مرد) که همگی با سواد بودند و در زمان انجام پژوهش در بخش جراحی به مراقبت از بیماران کمک می‌کردند.

بر اساس داده‌ها مضامین پایش و در دسترس بودن، برخورد انسانی، اطلاع رسانی و آموزش به بیمار، برقراری ارتباط و مشارکت‌دهی بیمار، در نظر گرفتن کلیت و فردیت بیمار، دوگانگی بین بیان و اکراه از درد، پدیدار گشته و شناسایی شدند که در زیر ارایه می‌گردد.

پایش و در دسترس بودن

حضور پرستاران و در دسترس بودن آن‌ها برای تسکین درد در کوتاه‌ترین زمان به عنوان پایش و نظارت پرستاران تفسیر و تلقی گردید. اکثر بیماران اظهار کردند که نظارت و پایش پرستاران سبب احساس امنیت خاطر به خصوص در موقع درد می‌شود. آنجا هستند (اشاره با استیشن) آن‌ها نمی‌توانند مرا ببینند که من چکار می‌کنم. من مسکن می‌خواستم درد داشتم و

شرکت‌کنندگان اخذ می‌شود به صورت کدهای بازمشخص شد. در سطح دو کدگذاری داده‌های کدگذاری شده با سایر داده‌ها مقایسه و طبقات ایجاد شد. طبقات داده‌های کدگذاری شده ساده‌ای هستند که از تلفیق خوشه‌های شبیه به هم به لحاظ مفهومی شکل می‌گیرند. به عبارتی حاصل مترکم نمودن کدهای سطح یک می‌باشند. در کدگذاری سطح سه عناوین مفهومی از طبقات ظهور یافت. برای ثبات داده‌ها تحلیل داده‌ها توسط دو پژوهشگر به‌طور جداگانه و همچنین مشترک صورت گرفت.

از روش‌های مختلفی مانند بررسی و مشاهده مداوم، تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و حسن ارتباط با مشارکت کنندگان و انجام مصاحبه در مکان‌های مناسب با انتخاب توسط مشارکت کنندگان (همانند اتاق بیمار، اتاق درمان و اتاق کنفرانس) جهت افزایش مقبولیت و قابلیت اعتماد داده‌ها استفاده شد (Credibility conformability) علاوه بر این، مرور و اصلاح و تأیید دست‌نوشته‌ها توسط بعضی از مشارکت کنندگان و نیز ناظران خارجی (دو نفر اساتید دانشگاه که با روش تحقیق کیفی و تجزیه و تحلیل داده‌ها آشنایی داشتند و صحت کدگذاری را تأیید نمودند) و تلاش محقق برای جستجو و تحلیل شواهد مغایر (از طریق مصاحبه با افراد با تجارب متفاوت (Searching for disconfirming evidences)) انجام شد تا به افزایش مقبولیت داده‌ها کمک شود.^(۲۲) پژوهشگران و مشارکت‌کنندگان در باره معنای داده‌ها و آنچه در قالب مضامین نمود یافته است به توافق رسیدند.

به همه مشارکت کنندگان اطلاعات درباره مطالعه داده شد. برای تشخیص مشارکت کنندگان و ثبت داده‌ها از کد عددی استفاده گردید. هر گونه اطلاعاتی که سبب شناسایی افراد می‌گردید حذف گردید. به افراد

آن‌ها نبودند... آن شب من خیلی درد کشیدم و گریه کردم...^۱

من را توی اتاق گذاشته بودند و فراموش کردند اما... شیفت عصری یه فرشته بود مرتب می‌آمدند و می‌گفتند؟ چیزی احتیاج دارید؟ یا مثلاً درد دارید...^۲ بعضی روزها که دانشجویان نعمتند، همیشه مرا چک می‌کنند فوراً می‌آمدند سراغم و می‌پرسیدند درد دارم یا نه؟ و به من آرامش می‌دادند.^۳ اون‌ها (پرستارها) باید اینجا باشند وقتی درد دارم وقتی بهشون احتیاج دارم... وقتی دارم زجر می‌کشم.^۴ پایش و نظارت پرستاران عمدتاً به صورت فیزیکی تلقی می‌شد.

بیماران نیاز به تسکین درد را با نظارت مداوم پرستاران حتی اگر پروسیجر (مراقبت خاص) وجود ندارد بیان می‌داشتند. مهم‌ترین عنوان احساس امنیت از حضور و نظارت پرستاران در همه امور قید می‌شد که در خصوص تسکین درد این امر پررنگ‌تر مطرح بود. از پرستاران انتظار می‌رفت که با توجه به در دسترس بودن زنگ در کنار تخت بیماران برای موارد ضروری نظیر درد، حضوری سریع داشته باشند.

به تأخیر افتادن پاسخ‌دهی به صدای زنگ بیمار و یا چندین بار صدا کردن پرستار مرتباً توسط بیماران مطرح گردیده و به درخواست آن‌ها بی‌اعتنایی شده بود و در مواردی بیمار خسته از درد به خواب رفته و توجیهاتی برای این امر نیز بیان گردید، مثل پرمشغله بودن پرستاران، درگیر انجام کار برای سایر بیماران و تعداد کم آن‌ها در برخی شیفت‌ها.^۵ آن‌ها با این همه مریض توی بخش هستند خوب معلومه درد من توی این‌همه کار گمه...^۶

با وجود این، تأخیر در پاسخ‌دهی به زنگ و تأخیر در تسکین‌دهی درد از مواردی بود که تقریباً همه مشارکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند.

روش تقسیم کار پرستاران مانع از حضور فردی مداوم پرستار برای در دسترس بیمار بودن می‌شود و واضح است که وقتی پرستاران با یکی از روش‌های تقسیم کار موجود (Function method) درگیر هستند قادر به پاسخگویی به سایر بیماران و فعالیت‌ها نمی‌باشند. نا کافی بودن تعداد پرسنل و نداشتن وقت کافی نیز مزید بر علت محسوب می‌گردد.

پاییدن از معیارهای بیماران در ارزیابی مدیریت کنترل درد بود. این امر به بیمار اطمینان می‌داد که در صورت بدتر شدن درد او دچار رنج نخواهد شد. در برخی موارد پایش به در دسترس بودن امکانات و حضور پزشک برای درد شدید اطلاق می‌شد.

برخورد انسانی

پس از پاییدن و در دسترس بودن اهمیت وجود خلق و خوی دوستانه و برخورد مهربانانه پرستاران در زمان بروز درد یکی از بارزترین موارد مطرحه در مدیریت کنترل درد بود که بیماران بر تأثیرات مثبت حس دوستانه پرستاران در کاهش درد به آن اشاره داشتند.

آن‌ها فقط کار سریع انجام می‌دهند... این خوب نیست، من توقع دیگری از آن‌ها داشتم فکر می‌کردم آن‌ها مهربان‌تر از این باشند مخصوصاً وقتی من دارم از درد به‌خودم می‌پیچم... اونا محل نمیدن^۷ بعضی هاشون از من می‌پرسیدند خوبی، اگر من می‌گفتم درد دارم یا خوابم نمی‌برد فوراً به من مسکن می‌دادند...^۸

مهربانی با بیماران به عنوان یک مهارت در مدیریت کنترل درد تعریف شده است.

«من دردم خیلی ناراحتم می‌کرد. بعضی از آن‌ها خیلی کارشون خوبه فوراً می‌فهمیدند من به مسکن احتیاج دارم یکی‌شون موقع فشار خونم را می‌گرفت گفت تو درد داری و من گفتم آره خیلی کارش درست بود...»
 «من فکر می‌کنم این دخترای خوب... {پرستاران} دلسوزی هستند، آخه آن‌ها از مریض با درد و رنج مراقبت می‌کنند»

بیماران، پرستاران و پزشکانی را در مدیریت کنترل درد بهترین می‌دانستند که علاوه بر دارابودن آگاهی و دانش و مهارت، در برخورد با درد بیمار دلسوز و مهربان بودند و خوش رویی داشتند.

بیماران شخصیت پرستاران را در مدیریت درد تأثیرگذار دانسته و به تفاوت‌های فردی در مدیریت کنترل درد نیز معتقد بودند.

«... آن‌ها با هم فرق دارند، بعضی، انسانند برخورد بدی نمی‌کنند مهربونند آرامم می‌کنند کمک می‌کنند دردم تحمل کنم»

بیماران احساس کردند که گروه درمانی به‌دلیل درگیری طولانی مدت با بیماران نسبت به درد و رنج بیماران حساسیت خود را از دست داده اند:

«آن‌ها، همیشه با این همه داد و بیداد و رنج و درد سر و کار دارند، هر روز هر روز خوب عادی شده»

بیماران تشریح کردند که در صورت برقراری ارتباط مؤثر و متقابل و دوجانبه موجب توجه بیشتر پرستاران به درد بیمار می‌شود.

«وقتی با هم خوب برخورد کنیم کم‌کم دستشون میاد تا میان تو اتاق خوش و بش می‌کنند می‌فهمند که من درد دارم... خودشون جای من میذارن»

برخورد انسانی و همدلانه و مهربانانه گروه درمانی به مدیریت کنترل درد و توجه زیاد بیماران به این امر سبب گردیده بود که برخی از بیماران در جراحی‌های بعدی مرکز درمانی قبلی خود را انتخاب نمایند.

اطلاع رسانی و آموزش به بیمار

توصیف کد «تشریح و توضیح اطلاعات» بیشتر متمرکز بر سؤالاتی بود که بیماران در خصوص مدیریت کنترل درد می‌پرسیدند و پاسخ‌هایی که توسط پرستاران دریافت می‌کردند. ولی اکثریت بیماران توصیف منفی مربوط به دریافت توضیح و تشریح و اطلاع رسانی لازم در خصوص درد و نحوه مطرح می‌کردند.

توصیفات عمدتاً بر ناکار آمدی کارکنان در ارائه توضیحات و اطلاع‌رسانی از مدیریت کنترل درد متمرکز بود. «او توضیح نداد که من درد زیاد دارم... چرا این‌طوره... هیچ نمی‌گویند».

«او به من هیچی نگفت، آن‌ها کارهایی می‌کنند یه آمپول‌هایی زدند تو این لوله دستم و رفتند. حرف نمی‌زنند...»

احاطه داشتن به اطلاعات درباره پدیده درد و مدیریت کنترل درد، آگاهی داشتن از آنچه که در بخش و برای بیمار انجام می‌گیرد می‌تواند در کاهش آسیب‌پذیری بیمار و داشتن احساس مثبت مؤثر باشد.

اطلاع‌رسانی کافی به بیمار سبب می‌شود که در مواجهه درد آن را بهتر مدیریت، مشارکت کرده، استرس و نگرانی خود را کاهش دهد.

«همسایه‌مون قبلاً عمل روده کرده بود اومده بود ملاقاتیم گفت اگه زودتر راه برم دردم زودتر تمام میشه. منم همین کار کردم... خیلی خوب بود...»
 اهمیت اطلاعات کافی قبل از عمل درباره تسکین درد تأکید شد.

ما فکر می‌کنند، حس نمی‌کنند خلاصه اونا باید بگن من درد دارم یا نه.

من چند بار در بیمارستان بستری شده‌ام، اصلاً آدم را به حساب نمی‌آورند به من اجازه نمی‌دهند خودم بگم کدام از این همه مسکن برام بهتره... روی مزاجم اثر می‌ذاره... کار خودشون می‌کنند، وقتی قرص صورتی (بروفن) خیلی برام خوب بود اصلاً انگار نمی‌شنوند، بدون این که حرف بزند رفت بیرون ...

آنها اومدند (موقع ویزیت) سر تخت راجع به من صحبت کردن ... اما با من صحبت نکردند... برقراری ارتباط نامؤثر سبب کاهش مشارکت‌دهی بیمار در روند مدیریت کنترل درد گردیده و این سبب می‌گردد تا بیماران خود را در روند بهبودی و درمان منفعل و ناتوان ببینند.

در نظر گرفتن کلیت و فردیت بیمار

بیماران اظهار می‌داشتند که کارکنان درمانی باید به هنگام درمان به عنوان یک انسان به آنان بنگرند و با در نظر گرفتن جمیع ابعاد وجودی تحت مراقبت قرار گیرند و در عین حال در مراقبت‌ها تمامیت ابعاد جسمی و روانی بدون انفکاک از یکدیگر صورت گیرد و از ارتباطات خشک و بی‌روح در درمان درد خود ناراضی بودند. از دیدگاه بیماران، مهم است که کارکنان درمانی هر بیمار را فردی مهم و منحصر به فرد بدون قیاس با سایر بیماران در نظر بگیرند.

... گفتند این تخت درد داره... انگار تخت درد داره نه من. از من نپرسیدند. فقط به محل جراحی شده نگاه کردند ...

آنها نمی‌توانند همه ماها را به یک شکل درمان کنند، حتی اگر نوع شکایت‌هامون یکی باشه. ما دردهامون با هم فرق می‌کند اما اون‌ها همیشه و به همه می‌گویند

من واقعاً آمادگی نداشتم این همه لوله بکنند توی دماغم (وقتی بلند می‌شدم) دردم بدتر شد، شب اول بعد از عمل از این درد وحشت کردم همه جام درد می‌کرد، این لوله، این جای بخیه‌ها، پاهام... غیر منتظره بود، نگفته بودند اینجوری می‌شم.

آنها به من اطلاعات نمی‌دادند. بعداً هم اتاقی‌هایم گفتند ... من فکر کردم این زنگ برای کارهای اورژانسی است و یا وقتی دردم خیلی زیاد باشه ... اگر می‌گفتند برای رنج و درد این همه هوار نمی‌کردم...

برخی از مشارکت‌کنندگان برای مزاحمت ایجاد نکردن و پرهیز از بیمار بد نامیده شدن از پرسش کردن دریافت اطلاعات در خصوص مدیریت کنترل درد خودداری می‌کردند.

درد را تحمل می‌کنم... اما راجع به چیزای دیگه می‌پرسم...

برقرری ارتباط و مشارکت‌دهی بیمار

اکثر بیماران از طریق همراهان خود با گروه درمانی در ارتباط بودند. در صورت عدم برقراری ارتباط کلامی امکان درمان و تسکین درد نیز کمتر می‌شد. همچنین در مشاهدات بارز بود که مدیریت کنترل درد روندی یک طرفه دارد و بدون برقراری ارتباط مؤثر صورت می‌گرفت، از دیگر موارد این بود که بیماران منتظر نمی‌ماندند که کسی درباره دردشان صحبت کند، بلکه منتظر بودند که فقط داروی مسکن را بگیرند. استقلال و قدرتی در انتخاب نوع دارو و یا روش درمانی نداشته و منفعل برخورد می‌کردند.

هیچکس از من نپرسید من درد دارم یا نه، آنها پیش خودشون فرض می‌کنند که ما درد داریم یا نداریم به بعضی مسکن می‌دهند به بعضی نمی‌دهند بعضی‌ها را باور دارند بعضی نه، به جای ما تصمیم می‌گیرند، به جای

... تحمل می‌کنم تا اونا بگویند معلم چه جوریه باید تحمل بشه تا اونا بهتر معاینه بکنند کارشون بکنند...
اکراه و صرف نظر به دلیل اعتقادات اشتباه در خصوص درد:

باید سعی کرد تا اونجایی که ممکنه است تحمل کرد بالاخره هر کس یه قسمتی داره انشاءالله گناهمون بریزه.

من سعی می‌کنم تا حد ممکن دارو کمتر مصرف کنم چون مواد شیمیایی است برای بدن خوب نیست بدن خودش طبیعی کار کند بهتره... من ترجیح می‌دهم که دستگاه گوارشم بهتر کار کند تا این که مسکن بگیرم.

اکراه و صرف نظر به دلیل توقع از وجود درد و پذیرش درد به عنوان قسمتی از روند جراحی:

درد که همیشه نباشه و من باید مدارا کنم... جراحی کردن بدون درد که همیشه...
اکراه و صرف نظر از بیان درد به دلیل ترس از تزریق آمپول و اعتیاد به دارو:

نه... می‌ترسم بیان سوزن بزنند دردش بیشتره... بد می‌زنن.
اصلاً آدم به این آمپول‌ها معتاد میشه...
اکراه و صرف نظر از بیان درد به دلیل مشکلات اقتصادی

هی می‌خوان آدمو اینجا نگهدارن... بگم درد دارم ده تا دیگه آزمایش میدن...
بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه اطلاعاتی درباره حیطه‌هایی از دیدگاه بیماران از مدیریت کنترل درد بعد از عمل جراحی ارایه می‌دهد. یافته‌ها بیانگر آن بود که بیماران

الان بهت مسکن می‌دهم... فقط همینو بلدن من که مسکن نمی‌خواهم... جای تخت را عوض کنند بهتر میشم.. به من می‌گفتند داد نزن بقیه هم درد دارند اما مثل تو داد نمی‌زنند. من کار به بقیه ندارم من نمی‌توانم درد بکشم... اصلاً برای من و دیگران مهم نیست من درد دارم. اون‌ها باید همه مشکلات من را با هم ببینند نه فقط یه چیزایی...
دوگانگی بین بیان و اکراه از درد

بیماران علی‌رغم احساس درد از ابراز آن به دلایل متفاوت اکراه داشته و بی‌میل به اعلام آن به کارکنان بودند. این دیدگاه بیماران منجر به نارضایتی از روند مدیریت کنترل درد می‌گردد. اکراه و صرف نظر بیماران از شکایت درد از ترس ((بیمار بد)) نامیده شدن:

... اونا تحمل مریض غرغرو را ندارند اونوقت فکر می‌کنند من آدم بدخلم...
اکراه و صرف نظر بیماران از شکایت از درد به دلیل ترس عدم دریافت خدمات مراقبتی بهتر:

زیاد بنالی دیگه سر صبر کارا تو نمی‌کنند منم تا آخر پانسمان و کارشون این متکا را چنگ می‌زدم ولی هیچی نگفتم و گرنه سر کارهای دیگه لج می‌کنن دیربه دیر میان کیسه مو خالی میکنن... دیگه به کارهام رسیدگی نمی‌کنند...
اکراه و صرف نظر بیماران از شکایت درد همچنین به دلیل عدم ایجاد مزاحمت برای دیگران:

... بیچاره دخترم تا صبح نخوابید شرمنده‌اش شدم وقتی بیدار شد گفتم دردم زیادتر شده برو بگو...
اکراه و صرف نظر از شکایت از درد به دلیل نگرانی و ترس از این که با شکایت اختلال در تشخیص بیماری ایجاد شود:

... بیچاره دخترم تا صبح نخوابید شرمنده‌اش شدم وقتی بیدار شد گفتم دردم زیادتر شده برو بگو...
اکراه و صرف نظر از شکایت از درد به دلیل نگرانی و ترس از این که با شکایت اختلال در تشخیص بیماری ایجاد شود:

کاهش اضطراب نگرانی و اطمینان بخشی بیمار می‌گردد.

یافته دیگر تحقیق حاضر برخورد انسانی بود. بیماران دردمند و رنجور بعد از عمل توقع و انتظار برخورد خوب محبت آمیز و درک وضعیت درد آن‌ها را دارند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که بیماران به‌طور معمول انتظار دارند به درد آن‌ها توجه ویژه و فوری شود و تعلق در پاسخ را به بی‌توجهی پرستاران به درد آن‌ها منسوب می‌دانستند. از سوی دیگر احساس نیاز به این‌که از آن‌ها در مورد دردشان سؤال گردد حس مشارکت‌دهی بیمار و احساس اعتماد دیگران در باور داشتن دردمندی بیمار سبب همکاری بیشتر آن‌ها می‌گردد.

در مجموع بیماران از پرستاران در مراقبت از درد توجه و حساسیت به نیازهای عاطفی و جسمی و تسکینی را انتظار دارند.^(۲۵)

باید توجه داشت که درون مایه پایش و نظارت به تعداد پرستاران نیز بستگی دارد، زیرا ارتباط معکوس بین تعداد کارکنان (تعداد و تخصص) و نارسایی در مراقبت کافی و رضایت مندی بیمار از مدیریت کنترل درد وجود دارد.

ازسوی دیگر بیماران در بیمارستان پذیرفته و بستری می‌شوند، با کارکنان و محیط و روتین‌های متفاوتی برخورد می‌کنند. به گونه‌ای که Paul و Moloney ابراز کردند که بیمارستان می‌تواند تجربه‌ای از ترس و وحشت افتادن برای بیماران باشد.^(۲۶)

اظهارات بیماران در این مطالعه بر این‌که توضیحات و اطلاع‌رسانی پرستاران می‌تواند از شدت درد و اضطراب و نگرانی و ترس آن‌ها بکاهد تأکید داشت. نتایج بر اهمیت ارائه اطلاعات به بیماران به عنوان قسمتی از مدیریت کنترل درد بعد از عمل تأکید دارد.

با حضور مستمر پرستاران بر بالین آنان احساس امنیت روحی و روانی و آسایش بیشتری می‌کردند.

نظارت و پایش مداوم کارکنان پرستاری در تسکین درد بیماران موجب کاهش اضطراب در بیماران می‌گردد که این امر در تسکین درد تأثیر گذار است. بررسی مکرر من، یک آیتم در اندازه‌گیری رضایت بیمار از رفتارهای مراقبت پرستاری است که بوسیله Larson و Ferketich به کار گرفته شده است^(۲۳) و می‌توان آن را در ردیف طبقه نظارت و پایش که از تجارب بیمار در این مطالعه حاصل آمده است، قرار داد.

بیماران با این تفکر که آن‌ها بوسیله پرستار دائماً دیده می‌شوند احساس آسایش و تسلی خاطر می‌کردند و در زمانی که زنگ برای تسکین درد به صدا در آمده و عدم حضور و یا حضور با تأخیر آن‌ها برای تسکین درد را در بر دارد درک بیماران احساس آسیب دیدگی و ناراضی‌ناشی از نظارت و پایش پرستاران است.

پاسخ‌دهی فوری آن‌ها به زنگ و عدم تعلق در رسانیدن داروی مسکن از مهم‌ترین مواردی بود که در تجربیات بیماران ذکر گردید. اما از آنجا که بیماران اغلب یک فرد به‌عنوان همراه داشتند، لذا اهمیت در دسترس بودن بیشتر بر جنبه فنی کار و ارایه روش‌هایی نظیر فعالیت‌های دارویی تأکید داشت. لذا با توجه به اهمیت در دسترس بودن و نظارت در مدیریت کنترل درد از دیدگاه بیماران داشتن رفتارهای اطمینان‌بخش مانند سر زدن مکرر به بیماران ضروری می‌باشد. این مطلب توسط بعضی دیگر از محققین به تأیید رسیده است.^(۲۴)

امروزه در مراکز درمانی به دلیل کمبود نیروی انسانی و یا حضور همراه در اتاق بیماران پرستاران کمتر به پاییدن اقدام می‌نمایند. اما با وجود حضور همراه، پایش پرستار برای بیماران اهمیت ویژه‌ای دارد و سبب

آموزش‌های آکادمیک نیز مهم تلقی شود و با آموزش می‌توان آن را در پرستاران تقویت کرد. به عبارت دیگر می‌توان پرستاران را به درک عمیق تر از نیازهای بیماران تشویق کرد.

در درون مایه دوگانگی بین بیان و اکراه از درد بیماران توقع وجود درد بعد از عمل را دارند، لذا خود را ملزم به تحمل آن می‌کنند. بیماران ممکن است شکایت درد خود را ابراز نکنند زیرا کارکنان را پرمشغله و گرفتار کار می‌دانند. همچنین ناآشنا بودن با محیط و موقعیت و شدت دردی که بیمار تجربه می‌کند به منفعل بودن و سپردن همه مشکلات به پرستار او را حلال مشکلات دانستن دامن می‌زند. یافته‌های پژوهش بیانگر آن بود که پرستاران نیز بدون مشارکت دادن بیماران در فرآیند مراقبت از درد فعالیت می‌کنند. درحالی‌که مهم است با بیماران در مورد دردشان، کیفیت، تجارب قبلی برخورد با درد، ویژگی‌های شخصی فرد در برخورد با درد مشورت به عمل آید تا با آن‌ها برای آن‌ها برنامه ریزی صحیح جهت تسکین درد صورت گیرد.

پرستاران باید با بررسی همه جانبه ترس‌ها و نگرانی‌های بیمار از جراحی و درد پیامد جراحی و تحمل آن و ترس ناشی از تزریق و نگران از مزاحم کارکنان نشدن و ترس از بیمار بد نامیده شدن و اکراه از شکایت راجع به درد پرداخته و با استفاده از اطلاعات کسب شده به تسکین بیمار اقدام نماید.

پرستاران درگیر و دار مشکلات بخش همیشه ممکن است نتوانند لبخند بزند اما صادق بودن با بیمار، پذیرش بیمار به عنوان انسان می‌تواند در برقراری ارتباط مناسب مؤثر بوده کاهش ترس و نگرانی و اضطراب بیمار را به دنبال داشته که نهایتاً بر کاهش درد و تسکین آن مؤثر خواهد بود. Tschudin اظهار می‌دارد که صحبت کردن با بیماران، خانواده‌های آن‌ها

این در حالی است که بیماران در فرآیند آموزش به بیمار به‌طور رسمی قرار نمی‌گیرند. همچنین به دلیل ترخیص زودرس بیماران در قوانین جدید و جاری مراکز درمانی اغلب بیماران با درد بعد از عمل بخش را ترک می‌کنند، لذا نیاز بیشتری به آموزش در این زمینه احساس می‌شود که بیماران خود بتوانند پس از خروج از بخش با این مشکل به نحو صحیح و علمی برخورد کنند.

بیماران به اهمیت مهربانی، شفقت، دلسوزی به‌خصوص در دیدگاه حاصل از تجاربشان در مدیریت کنترل درد اشاره داشتند. یک پرستار وقتی دلسوز و مهربان تعریف و توصیف می‌شد که به بیمار علاقه مند، توجه خاص داشتن و خوش خلق در موقع برخورد با بیمار باشد. بیماران همچنین قضاوت کردند که این چنین پرستاری می‌تواند به راحتی درد بعد از عمل جراحی را مدیریت کرده و تسکین دهد.

لزوم دلسوزی و همدلی در مدیریت کنترل درد به‌طور عام برخورد با فرد دردمند و مراقبت از او توسط Farly تشریح و توضیح داده شده است.^(۳۷) از نگاه غربی دلسوزی را به‌عنوان یک بعد از حیطة کاری تعریف کرده‌اند و به صحبت کردن با بیمار تأکید ورزیده‌اند.^(۳۸) اما نتایج این مطالعه نشان داد که برخورد انسان دوستانه و مهربورزی با بعد معنوی و روحی و روانی امری کاملاً انسانی است و می‌باید از ابتدا بر به‌کارگیری افرادی با چنین ویژگی و صلاحیتی در گروه درمانی اقدام ورزید. این امر به‌خصوص در محیط‌های ناآشنا وحادی مانند بخش جراحی که بیماران به یک‌باره و ناگهانی با پروسیجرها و تجهیزات که همگی بر تشدید درد بعد از عمل تأثیرگذار هستند، بیشتر مهم به‌نظر می‌رسد. همچنین تقویت و بسط و نهادینه کردن برخورد انسان دوستانه و مهربورزی حین

این تأکیدی بر وابسته بودن مدیریت کنترل درد به عوامل زمینه ای دارد.

همچنین فراهم کردن نیروی انسانی کافی فرصت برقراری ارتباط پرستاران با بیماران را نیز افزایش خواهد داد که می‌تواند بر افزایش رسیدگی و پایش بیشتر بیماران دردمند تأثیرگذار باشد.

پیشنهاد می‌گردد برای توسعه اطلاعات در این زمینه تحقیقات کمی با حجم نمونه کافی انجام گیرد. همچنین لازم است بررسی‌هایی از دیدگاه افراد تیم درمان نیز در مورد این پدیده صورت گیرد تا بتوان برنامه خاص مراقبت جامع درد را برای بخش‌های جراحی تنظیم نمود.

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه به‌طور عمده از بیماران بستری در مراکز آموزشی درمانی بوده‌اند، لذا تعمیم داده‌ها به بیمارانی که در مراکز درمانی خصوصی بستری می‌شوند باید با احتیاط صورت گیرد. اگرچه هدف از مطالعات کیفی تعمیم داده‌ها نیست اما امید است این محدودیت در مطالعات بعدی با گسترش یافتن دامنه نمونه‌گیری به مراکز درمانی خصوصی که از امکانات و کارکنان بیشتری برخوردار هستند کاسته شود. در این پژوهش مصاحبه‌ها در محیط بیمارستان انجام گرفته‌اند. این موضوع ممکن است به نحوه پاسخگویی مشارکت‌کنندگان تأثیر گذاشته باشد زیرا امکان دارد مشارکت‌کنندگان تصور کرده باشند که نوع پاسخ آن‌ها بر نحوه ارایه مراقبت‌ها تأثیر می‌گذارد. پیشنهاد می‌شود خوانندگانی که می‌خواهند از یافته‌های این پژوهش استفاده نمایند میزان مشابهت بین مشارکت‌کنندگان در این پژوهش و زمینه‌ای که پژوهش در آن صورت گرفته است را با موقعیت مورد علاقه خود تعیین نموده و سپس نسبت به قابلیت تعمیم یافته‌ها به آن تصمیم بگیرند.

آسان نیست و پرستاران اغلب از کمبود وقت بر این امر گلایه دارند.^(۲۹)

اما یافته‌های این مطالعه نشان داد که آنچه فراموش می‌شود این است که صرف وقت کمی در مراحل اولیه درد با بیمار و سپری کردن زمانی برای ارتباط با وی و دادن اطلاعات جهت جلب مشارکت او در این مرحله خود می‌تواند از اتلاف وقت بیشتر، هدر رفتن هزینه‌ها و صرف داروها در بوجود آمدن درد شدید پیشگیری کند.

Suhonn نگرش بیماران را در مراقبت پرستاری بررسی کرده و دریافت که مراقبت فردی شامل حمایت پرستاری به‌صورت فردی سبب تسهیل مشارکت بیشتر بیمار در روند درمان و تصمیم‌گیری بهتر برای درمان می‌گردد.^(۳۰)

بنابراین ضروری به‌نظر می‌رسد که در روند مدیریت کنترل درد بعد از عمل و طول مدت اقامت در بخش جراحی مسئولیت بیشتری برای بیمار در نظر گرفته و روش‌هایی اعمال شود که بیمار را به‌عنوان فرد در نظر گرفته و امکاناتی فراهم گردد تا بیمار خود قادر به اندازه‌گیری و کنترل روند مدیریت کنترل درد باشد.

یافته‌های این مطالعه جهت شناخت بیشتر پرستاران از بیماران و آنچه که دیدگاه آن‌ها از مدیریت کنترل درد در بیمارستان است کمک کننده می‌باشد. این امر ممکن است به‌طور غیرمستقیم سبب شود تا اقدامات مناسب برای ارایه مراقبت بهتر از درد طراحی شود.

برخی از یافته‌های این پژوهش که با یافته‌های محققین پیشین هم‌خوانی داشت اما برخی از آن‌ها مفاهیمی بدیع بودند. در این مطالعه بر بعضی از عوامل بر مدیریت کنترل درد بعد از عمل جراحی که در جوامع و فرهنگ‌های سازمانی دیگر رایج نیست دستیابی شد و

8- Manias E, Bucknall T, Botti M. Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting. *Pain Manag Nurs*; 2005. 6(1):18-29.

9- Bell F. A review of the literature on the attitudes of nurses to acute pain management. *J Orthop Nurs*; 2000.4: 64-70.

10- Ward SH, Donovan S, Owen B, Grosen E, Serlin R. An individualized intervention to overcome patient-related barriers to pain management in women with gynecologic cancers. *Res Nurs Health*; 2000. 23: 393-405

11- Archibald G. Patients' experiences of hip fracture. *J Adv Nurs*; 2003. 44(4):385-92.

12- Hallstrom I, Elander G, Rooke L. Pain and nutrition as experienced by patients with hip fracture. *J Clin Nurs*; 2000.9(4):639-46.

13- Jamison RN, Ross MJ, Hoopman P, Griffin F, Levy J, Daly M, et al. Assessment of postoperative pain management: patient satisfaction and perceived helpfulness. *Clin J Pain*; 1997.13(3):229-236.

14- Sherwood G, Adams-McNeill J, Starck PL, Nieto B, Thompson CJ. Qualitative assessment of hospitalized patients' satisfaction with pain management. *Res Nurs Health*; 2000. 23: 486-495.

15- International association for the study of pain (IASP2003), ISAP pain terminology. Available from: <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>. about [163p.]. Accessed on: March 15, 2004.

16- Priest H, Roberts P, Woods L. An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data.; 2002.10(1):30-42.

17- Kvale S. Interviews: an Introduction to Qualitative Research Interviewing. Thousand Oaks: Sage Publications;1996. p.66-72.

18- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Edu Today*; 2004. 24:105-112.

19- Sharif F, Masoumi S. A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing*; 2005. 4:6.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایت دانشگاه تربیت مدرس انجام گردیده است که بدین وسیله نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسئولین آن مرکز ابراز می‌دارند. در پایان نویسندگان از کلیه بیماران که بی‌دریغ تجاربشان را مطرح کردند و بی‌تردید بدون مشارکت آنان امکان انجام این تحقیق میسر نبود قدردانی می‌نمایند.

فهرست منابع

1- Carr EC. Refusing analgesics: using continuous improvement to improve pain management on a surgical ward. *J Clin Nurs*; 2002. 11(6):743-52 .

2- Thomas LH, Macmillan J, Mccoll E, Priest J, Hale C, Bond S. Obtaining Patient Satisfaction Scale. *Int J Q Health Care*; 1998. 7(2): 153-163.

3- Torabpoor M. effects acupuncture on postoperative pain abdominal surgery. Thesis for the degree of Master of Science in nursing , Tarbiat Modares University.1996. p.26.

4- Patient and Nurse Satisfaction with Postoperative Pain Management. Available from: http://www.postoppain.com/html/pop/content_articles_about [5p.]. Accessed on: Mar 28,2006. 5 pages.

5- Patient Satisfaction Initiative. Quality Institute. Cleveland Clinic Health System. Available from <http://www.clevelandclinic.org/health/health-info/docs/3300/3309.asp>. about [17p.]. Accessed on: sep 23-25, 2002.

6- Klopfenstein CE, Herrmann FR, Mamie C, Van Gessel E, Forster A. Pain intensity and pain relief after surgery. A comparison between patients' reported assessments and nurses' and physicians' observations. *Acta Anaesthesiol Scand*; 2000. 44(1):58-62.

7- Manias E, Botti M, Bucknall T. Patients' decision-making strategies for managing postoperative pain . *Pain*; 2006. 7(6):428-437.

20- Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principles and Methods. 7th ed. [n.l]: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p.212-217.

21- Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative. Philadelphia: Lippincott Company; 2003. p.38-39.

22- Salsali M, Parvizi S, Adib HB. Qualitative Research Methodology. Tehran: Boshra publication; 2002. p.49.

23- Larson PJ, Ferketich SL. Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalization. West Nurs Res; 1993. 15(6):690-703.

24- Hawley NP. Nurse comforting strategies. Clin Nurs Res; 2000. 9: 441-459.

25- Spitzer R. Meeting consumer expectations. Nurs Admin Q; 1998. 12: 31-9.

26- Moloney TW, Paul B. Rebuilding public trust and confidence. San Francisco: Jossey-Bass; 1993. p. 280-298.

27- Farley M. Compassionate respect A feminist approach to medical ethics and other questions, Madeleva Lecture I Spirituality. Mahwah: Paulist Press; 2002. p.83-90.

28- Welch SD, Welch D. A feminist ethic of risk. Minneapolis: Fortress Press; 2000. p.155.

29- Tschudin V. Ethics in nursing: the caring relationship, 3rd ed. Butterworth: Heinemann; 2003. p.92.

30- Suhonen R, Valimaki M, Katajisto J. Individualized care in a Finnish healthcare organization. J Clin Nurs; 2000. 9(2): 218.

Pain Management: Patients' Perspective

N. Regeh¹ MS *F. Ahmadi² PhD E. Mohammadi³ PhD A. Kazem nejad⁴ PhD
M. Anoosheh⁵ PhD

Abstract:

Background & Aim: Pain relief is an integral part of nursing care and an appreciated outcome of nursing actions. Pain is one of the most common problems in postoperative period. This article is part of a larger study which aimed to explore patients' perspective of pain and pain management. Annually, more than hundreds of million people undergo surgical operations experiencing postoperative pain. Although a number of researches and discussion papers have explored the issue, the current study has explored patients' perspective about postoperative pain management, a subject that have rarely been studied.

Material & Method: A qualitative approach was adopted. Data was collected via semi- structured interviews and participations' observations. A purposive sample of ten surgical patients and four companions (relatives) were selected from two educational health centers. Data analysis uncovered a number of themes. The themes related to patients' perspective about pain management is subject of this paper.

Results: The other five themes of pain management were: watching over by personnel and availability, humanistic approach, presenting information and patient education, communication and patient's participation, considering patient integrity, and ambivalence between expression of pain and reluctance.

Conclusion: The findings of this study help personnel to know the patients and their needs better and to find what pain management means to them. Consequently, nurses can plan, imply and evaluate nursing interventions most appropriately

Keywords: Pain Management_ Qualitative Approach_ Patients' Perspective

Accepted for Publication: 12 May 2007

Submitted for Publication: 11 March 2008

¹MS in Nursing, Faculty of Nursing, Tabiat Modares University.

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Tabiat Modares University, Tehran, Iran (*Corresponding Author).

E-mail: ahmadi@modares.ac.ir

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Tabiat Modares University.

⁴ Professor in Statistics, Faculty of Nursing, Tabiat Modares University.

⁵ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Tabiat Modares University.