

بررسی میزان استفاده از داروی دی‌پیرون<sup>(۱)</sup> و نحوه ثبت<sup>(۲)</sup> و  
ارتباط آن با نوع دستورات دارویی در بخشهای جراحی بیمارستانهای  
وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران، سال ۱۳۷۲

دریافت داروی دی‌پیرون در ۲۴ ساعت اول و دوم پس از جراحی ارتباط معنی‌داری را نشان داد.

#### بیان مسئله پژوهش

درد یکی از شایع‌ترین علتهای مراجعه به یک جراح است و همواره انتظار بیشتر افرادی که به همین دلیل مراجعه کرده‌اند اینست که عمل جراحی دردشان را تسکین دهد. این مسئله، صحت دارد ولی مسلم این است که اولین و واضح‌ترین تأثیر جراحی، ایجاد دردی است که شاید شدیدتر از درد قبل از جراحی بیمار نیز باشد.

تسکین ناکافی درد پس از جراحی، منجر به عکس‌العمل‌های روانی و فیزیولوژیک غیرطبیعی می‌گردد که همگی در نهایت باعث پیچیده‌تر شدن مشکلات بیمار و تأخیر در بهبودی وی می‌شود. تسکین درد و رنج از مهمترین اهداف مراقبتی-بهداشتی است. با مروری بر نتایج تحقیقات و منابع موجود، معلوم می‌شود که استفاده از داروهای مسکن، شایع‌ترین روش تسکین درد در بیماران است ولی با وجود پیشرفتهای بسیاری که در درک مکانیسم‌های درد و عملکرد داروها بوجود آمده است، بدبختانه هنوز کنترل ضعیف و ناکافی درد پس از جراحی به صورت یک مشکل خودنمایی می‌کند. به

پژوهشگر: شیرین معنوی، فوق‌لیسانس آموزش پرستاری داخلی - جراحی.

استاد راهنما: خانم صدیقه سالمی، عضو هیأت دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی ایران.

استاد مشاور: خانم فاطمه جوادی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران.

استاد آمار: آقای پرویز کمالی، عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه تهران.

#### چکیده

پژوهش حاضر یک مطالعه زمینه‌ای<sup>(۳)</sup> است که روی ۲۶۵ نفر از بیماران بستری در ۶۷ بخش جراحی واقع در بیمارستانهای دانشگاهی شهر تهران انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل یک برگه به منزله پرسشنامه و ۲ برگه مشاهده بود که توسط پژوهشگر تکمیل می‌شد.

۲۰/۳۷ درصد در ۲۴ ساعت دوم پس از جراحی، داروی دی‌پیرون را با مقادیر گوناگون دریافت کرده‌اند. ثبت اطلاعات مربوط به این دارو پس از استفاده در پرونده بیماران در کمتر از ۱۵ درصد موارد صورت گرفته بود. از طرف دیگر دستورات دارویی مسکن پس از جراحی، در اکثریت موارد، فاقد نکات ضروری مربوط به یک دستور دارویی بودند. آزمون آماری کای-دو بین نوع دستورات دارویی مربوطه و دریافت یا عدم دریافت و همچنین بین این دستورات و مقدار

1- Dipyron

2- Documentation

3- Field study

طریق استفاده از اوبیوئیدها جهت تسکین درد پس از جراحی، آنچنانکه در کشورهای غربی رواج دارد، رایج نیست. مروری بر آمار فروش داروهای مسکن مخدر نیز مطلب مزبور را تأیید می‌کنند. از طرفی با وقوف بر وجود محدودیتهایی که در مورد تجویز داروهای مخدر جهت تسکین درد بیماران در کشورمان وجود دارد، با مراجعه به آخرین فهرست داروهای رسمی دولت جمهوری اسلامی ایران (سالهای ۷۱ و ۱۳۷۰)، مشاهده می‌کنیم که تنها داروی موجود در گروه داروهای مسکن غیرمخدر<sup>(۴)</sup> که دارای شکل تزریقی است، داروی دی‌پیرون می‌باشد. تجارب بالینی نشانگر این مطلب است که دی‌پیرون یک داروی مسکن و ضدتب مؤثر است که اثر ضد درد شکل تزریقی آن با پتیدین<sup>(۵)</sup> برابری می‌کند. این دارو براساس دسته‌بندی دارویی طرح ژنریک ایران در دسته داروهای ضدتب قرار می‌گیرد و دارای عوارض جانبی خطرناکی می‌باشد که از مهمترین آنها، ایجاد آگرانولوسیتوز کشنده<sup>(۶)</sup> بعد از مصرف کوتاه‌مدت، میان‌مدت و طولانی‌مدت، ناهنجاریهای خونی<sup>(۷)</sup> از قبیل کم‌خونی آپلاستیک<sup>(۸)</sup>، ترومبوسیتوپنی<sup>(۹)</sup>، کم‌خونی همولیتیک<sup>(۱۰)</sup> و نیز عوارضی چون واکنشهای حساسیتی و بشورات جلدی و غیره را می‌توان نام برد. این دارو از فارماکوپه اکثریت کشورهای جهان حذف شده است. سالهاست که بر

عنوان مثال، ملزاک و همکارانش<sup>(۱۱)</sup> (۱۹۸۷) مطالعه‌ای را جهت بررسی تأثیر داروهای مسکن بر روی درد ۴۶ مرد و ۵۲ زن که تحت اعمال جراحی گوناگون قرار گرفته و مسکن دریافت می‌کردند انجام دادند. بیماران براساس دانسته‌های قبلی پژوهشگر، به دو گروه تقسیم شدند؛ یک گروه بیمارانیکه دردشان تا روز چهارم پس از جراحی تسکین می‌یافت و گروه دوم، آنهاییکه دردشان (به دلیل عفونت و دیگر مشکلات بالینی) بیش از ۴ روز به طول می‌انجامید. هرکدام از بیماران یک بار قبل و بعد از تزریق مسکن و با استفاده از پرسشنامه درد مک‌گیل<sup>(۱۲)</sup> مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج حاکی از آن بودند که بیماران گروه دوم، میانگین سن بالاتری داشته و قسمت اساسی از بیماران بخش جراحی را تشکیل می‌دهند (۳۱ درصد). این گروه مقادیر کمتری از داروی مسکن را ولی به طور مکرر دریافت کرده بودند. محققین می‌افزایند، گروه مزبور با وجود ادامه درد، مسکن قوی‌تر یا مقدار بیشتری دارو دریافت نکردند ولی تعداد بیشتری تزریق برای آنها انجام شد. از آنجائیکه ۲۶ درصد از این گروه در مقایسه با ۲ درصد از گروه دیگر علی‌رغم دریافت دارو از افزایش درد خود شکایت داشتند، به نظر محققین این روش تجویز مسکن روش مؤثری نمی‌باشد چراکه مشکلات متعاقب درد مثل تنیدگی، بالا رفتن فشار خون و غیره باعث بدتر شدن وضعیت فیزیکی بیمار و پیچیده‌تر شدن مشکلات طبی می‌گردد و باید به این جامعه حاضر از بیماران و کنترل درد ایشان توجه بیشتری مبذول گردد. از منابع موجود چنین برمی‌آید که صاحب‌نظران امر، جهت تسکین دردهای حاد و شدید از جمله درد پس از جراحی، استفاده از داروهای مسکن قوی (اوبیوئیدها<sup>(۱۳)</sup>) را بر دیگر داروها مقدم می‌دانند و همواره از وجود نگرشهای منفی و سطوح پائین آگاهی کارکنان مراقبتی و درمانی در مورد کم و کیف استفاده از این داروها شاکی بوده‌اند. به ظن قوی، در حیطه درمانی کشور ما نیز، به هر دلیلی،

- 1- Melzack, et al.
- 2- McGill pain questionnaire
- 3- Opioides (strong analgesics)
- 4- Non-narcotic analgesics
- 5- Pethidine
- 6- Fatal agranulocytosis
- 7- Blood dyscrasis
- 8- Aplastic anemia
- 9- Thrombocytopenia
- 10- Hemolytic anemia



از حساسیت خاصی برخوردار است چراکه غالباً دستورات دارویی مسکن با یک دامنه گسترده در مورد مقادیر و تناوب تجویزشان نوشته می شوند و این نشانگر این است که پرستار هم باید در مورد مقدار و هم تناوب دادن داروی مورد نظر تصمیم گرفته و برای اطمینان از تسکین و آرامش بیمار، مقدار و تناوب دارو را تنظیم نماید. حال اگر دستور دارویی مسکن پس از جراحی به صورت "مسکن در صورت نیاز" نوشته شود، مسئولیت پرستار در امر تسکین دارویی درد بسیار سنگین تر خواهد شد. گادیش<sup>(۲)</sup> (۱۹۸۸)، در همین زمینه، مطالعه‌ای را در مورد تصمیمات پرستاران در امر تجویز دارو برای تسکین درد پس از جراحی کودکان انجام داد. پژوهش روی ۳۸ پرستار با استفاده از پرسشنامه و ۳۸ کودک که تحت یک جراحی بزرگ<sup>(۳)</sup> قرار گرفته بودند با مطالعه پرونده‌های ایشان انجام شد. یکی از نتایج جالب این بود که سطح آموزش پرستاران بطور چشمگیری با قدرت مسکن انتخابی ارتباط داشت؛ پرستارانی که درجه دانشگاهی داشتند مقادیر بیشتری از مسکن‌ها را برگزیده بودند، درحالیکه پرستاران با درجه‌های دیگر بیشتر از مسکن‌های غیرمخدر استفاده کرده بودند. پرستارانی که دارای مدارج دانشگاهی بودند ابراز کرده بودند که در انتخاب و تجویز مقادیر درمانی مسکن‌های نارکوتیک بیشتر از پرستاران دیگر احساس راحتی می کردند. مؤلف علت این مسئله را نتیجه داشتن زمینه‌های قوی و کامل تر در جوانب علمی و داروشناسی این گروه می داند. پژوهشگر ضمن تأکید بر نقش تعاملی پزشک و پرستار در امر تسکین درد و بویژه امر مربوط به بکارگیری داروهای مسکن و با در نظر داشتن معلومات موجود، امیدوار بوده که نتایج بدست آمده از این پژوهش،

مسئله محدودیت استفاده از آن حتی به عنوان داروی تب‌بر نیز در تمام کتب مرجع داروشناسی تأکید فراوان می شود. نتایج اولین گزارشی که بدنبال یک تحقیق بین‌المللی در مورد خطر آگرانولوسیتوز و کم‌خونی آپلاستیک ناشی از مصرف مسکن‌ها ارائه گردید، یک تغییرپذیری ناحیه‌ای را در برآورد نسبت<sup>(۱)</sup> آگرانولوسیتوز ناشی از دی‌پیرون نشان داد (۰/۹) در یوداپست تا ۳۳/۳ در بارسلون). در هر حال استفاده از این دارو تنها در شرایط تهدیدکننده زندگی که هیچ داروی تب‌بر دیگری در دسترس یا مناسب نباشد قابل توجیه است. مقدار مصرف این دارو تنها به عنوان ضدتب و از طریق عضلانی بین مقادیر ۰/۵ تا ۱ گرم، حداکثر ۳ بار در روز است. با در نظر گرفتن مطالب فوق، به نظر می‌رسد که مصرف این دارو در کشور ما بویژه بخشهای جراحی که مسئله تسکین درد بیماران موضوع رایج در آنهاست، به هر دلیلی، از مقادیر توجیه شده در کتابهای مرجع به هیچ وجه تبعیت نمی‌کند. آمار مربوط به فروش ۵ ساله این دارو (۷۱-۱۳۶۵) نیز تأییدی بر مطلب مذکور است. آمار فروش عددی این دارو در سال ۱۳۷۰، ۹۷/۵۴ درصد نسبت به سال ۶۹ و در سال ۱۳۷۱، ۲۲/۶ درصد نسبت به سال ۷۰ افزایش داشته است. فروش ریالی این دارو، در سال ۷۱، ۲۰/۴ درصد از فروش کل داروهای مسکن غیرمخدر را به خود اختصاص داده است و این در حالی است که همین دسته دارویی ۱/۴ درصد از کل فروش ریالی داروهای مسکن را شامل می‌شوند. با نگاهی به میزان فروش ریالی داروهای مسکن مخدر در همین سال مشخص می‌شود که دسته دارویی مزبور فقط ۰/۳ درصد از کل فروش ریالی داروهای مسکن را شامل می‌شود.

در هر حال فرض مسلم بر این است که هیچ دارویی در غیاب دستور دارویی پزشک به بیمار داده نمی‌شود و داروهای مسکن نیز از این قاعده مستثنی نیستند. از طرفی نقش پرستاران در امر تجویز داروهای مسکن نیز

- 1- Rate-ratio estimation
- 2- Gadish
- 3- Major surgery



که داروهای سیستمیک که شامل داروی مسکن مخدر، غیرمخدر و گروه داروهای نامتجانس می‌باشند برای کنترل درد مورد استفاده قرار می‌گیرند. استفاده از این داروها، به تنهایی متداولترین شیوه تسکین درد در طی دهه‌های اخیر بوده است. یک رژیم دارویی ایده‌آل برای تسکین درد حاد، به رژیمی گفته می‌شود که در عین سالم و مطمئن بودن قادر است با مقدار مناسب دارو برای هر بیمار و نوع درد، تسکینی با شروع سریع و مناسب داشته باشد.

#### اهداف پژوهش

##### هدف کلی

تعیین میزان استفاده از داروی دی‌پیرون و نحوه ثبت و ارتباط آن با نوع دستورات دارویی در بخشهای جراحی بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران، سال ۱۳۷۲.

##### اهداف ویژه پژوهش

- ۱- تعیین میزان استفاده از داروی دی‌پیرون جهت بیماران بخشهای جراحی بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران در ۲۴ ساعت اول و دوم پس از جراحی.
- ۲- تعیین نحوه نوشته شدن دستورات دارویی مسکن موجود در پرونده همان بیماران در ۲۴ ساعت اول و دوم پس از جراحی توسط پزشکان در همان بخشها.
- ۳- تعیین نحوه ثبت اطلاعات مربوط به داروی دی‌پیرون پس از استفاده در پرونده بیماران همان بخشها.
- ۴- تعیین ارتباط بین میزان استفاده از داروی دی‌پیرون با نوع دستورات دارویی پزشکان در همان بخشها در ۲۴ ساعت اول و دوم پس از جراحی.

1- Analgesia

2- Analgesic

بنجره‌ای را برگوشه‌هایی که از نحوه عملکرد و تسکین دارویی درد پس از جراحی در جامعه درمانی کشورمان بگشاید تا شاید با گذاردن نتایج آن در اختیار دست‌اندرکاران آموزشی و درمان کشور، بتوان شاهد نتایج مفید آن در حیطه کار بالینی بود.

#### چهارچوب پنداشتی

چهارچوب پنداشتی این پژوهش براساس مفهوم "تسکین درد" گذاشته شده است. در قالب این چهارچوب، تاریخچه و روشهای موجود در تسکین دارویی درد، به خصوص دردهای پس از جراحی و همچنین تأثیرات نقش تعاملی پزشک و پرستار در این زمینه مورد بحث قرار گرفته است.

بوینکا (۱۹۹۰) در تعریف واژه آنالژزیا<sup>(۱)</sup> (فقدان احساس یا تسکین درد) می‌نویسد: تسکین درد یعنی عدم وجود درد در پاسخ به تحریکی که به طور طبیعی می‌تواند دردناک باشد. وی در ادامه مطلب، از مسکن یا آنالژزیک<sup>(۲)</sup> به عنوان ماده‌ای که ایجاد تسکین بکند یاد می‌کند. همین مؤلف، روشهای کنترل درد پس از جراحی را تحت دو عنوان و خط‌مشی کلی، یعنی روشهای پیشگیری‌کننده و درمان فعال درد پس از جراحی توضیح داده است. وی در شرح درمان فعال می‌گوید: درد پس از جراحی را می‌توان تا حدودی یا بطور کامل توسط یکی از روشهای زیر، به تنهایی یا همراه با روشهای دیگر تسکین داد:

الف- استفاده از داروهای مسکن سیستمیک و داروهای کمکی.

ب- تسکین ناحیه‌ای که توسط داروهای مخدر داخل نخاعی بدست می‌آید.

ج- تسکین ناحیه‌ای توسط داروهای بیحسی موضعی

د- تسکین الکتریکی که توسط تحریک الکتریکی پوستی یا الکتروپانکچر بدست می‌آید و

ه- تسکین روانی با روشهای خواب مصنوعی یا تلقین بنیدتی و باتلر (۱۹۹۰) می‌نویسند: چندین دهه است



سؤال‌های پژوهش

- ۱- میزان استفاده از داروی دی‌پیرون در ۲۴ ساعت اول و دوم پس از جراحی جهت بیماران بخشهای جراحی بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران چقدر است؟
- ۲- نحوه نوشته شدن دستورات دارویی مسکن موجود در پرونده همان بیماران در ۲۴ ساعت اول و دوم پس از جراحی توسط پزشکان چگونه است؟
- ۳- نحوه ثبت اطلاعات مربوط به داروی دی‌پیرون پس از استفاده در پرونده همان گروه از بیماران چگونه است؟
- ۴- ارتباط بین میزان استفاده از داروی دی‌پیرون در بخشهای جراحی با دستورات دارویی پزشکان در ۲۴ ساعت اول و دوم پس از جراحی چگونه است؟

روش پژوهش

الف) نوع پژوهش:

این پژوهش از نوع مطالعات زمینه‌ای است.

ب) جامعه پژوهش:

در این مطالعه، جامعه پژوهش را کلیه بیماران بزرگسالی تشکیل می‌دهند (اعم از زن و مرد) که تحت اعمال جراحی عمومی، زنان، ارتوپدی و میزراه قرار گرفته و جهت ادامه درمان و تحویل بهبودی در بخشهای جراحی بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی که دارای بخشهای مربوطه باشند بستری شده و تحت مراقبتهای پرستاری قرار گرفته‌اند.

ج) نمونه پژوهش: نمونه پژوهش را در این تحقیق، ۲۶۵ نفر از بیماران بزرگسالی تشکیل می‌دادند که تحت اعمال جراحی عمومی، زنان (سزارین و ژنیکولوژی)، ارتوپدی و میزراه قرار گرفته و در بخشهایی به همین نام واقع در بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران بستری بودند. این بیماران از ساعت

انتقال از اتاق عمل به بخش مربوطه تا ۴۸ ساعت پس از جراحی جزء نمونه‌های این پژوهش قرار گرفتند. د) روش نمونه‌گیری: در این پژوهش، ابتدا فهرستی از کلیه بیمارستانهای دانشگاهی شهر تهران که دارای بخشهای جراحی عمومی، ارتوپدی، زنان و میزراه بودند تهیه شده و سپس پژوهشگر با مراجعه روزانه در طی هشتاد روز به بخشهای مورد نظر بیمارستانهای مذکور (در نظر گرفتن ۳-۴ بیمار به ازای هر بخش از هر بیمارستان) بیمارانی که در فهرست اعمال جراحی همان روز قرار داشته و واجد شرایط نمونه‌های پژوهش بودند، به ترتیب قرار داشتن از ابتدای لیست عمل مذکور، جزء نمونه‌های خود قرار می‌داد. بیمارانی که جزء نمونه‌های پژوهش می‌شدند، روزانه تحت پیگیری قرار گرفته و در صورتی که زودتر از ۴۸ ساعت ترخیص می‌شدند، از فهرست نمونه‌ها حذف و بیمار دیگری (اولین بیماری که به طور تصادفی در لیست عمل همانروز قرار داشت) جانشین نمونه قبلی می‌گردید. با توجه به اینکه پژوهشگر در نوشتن لیست‌های عمل مذکور نقشی نداشته است، واحدهای مورد پژوهش براساس این روش تصادفی برگزیده شده بودند. مشخصات واحد مورد پژوهش از قرار زیر بوده‌اند:

- ۱- کلیه واحدهای مورد پژوهش را بیماران بالغ (۱۸ سال به بالا) تشکیل می‌داده‌اند.
- ۲- کلیه واحدهای مورد پژوهش، حداقل به مدت ۴۸ ساعت پس از انتقال از اتاق عمل، در بخشهای جراحی بیمارستانهای مورد پژوهش بستری بوده‌اند.
- ۳- کلیه واحدهای مورد پژوهش از بخشهایی برگزیده شده‌اند که داروی دی‌پیرون در آن بخشها به عنوان مسکن جهت تسکین درد پس از جراحی بیماران مورد استفاده قرار می‌گرفت.
- ه) محیط پژوهش: محیط پژوهش در این تحقیق، بخشهای جراحی عمومی، ارتوپدی، زنان و میزراه واقع در بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم



بدین ترتیب که به منظور دستیابی به اهداف ویژه اول تا سوم، با استفاده از داده‌های ثبت شده در هر سه برگه ابزارگردآوری اطلاعات، از رسم جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی استفاده شد. برای رسیدن به هدف چهارم پژوهش، ابتدا دستورات دارویی مسکنی که عیناً در برگه دوم ابزارگردآوری اطلاعات منعکس شده بود، مورد بررسی قرار گرفته و به ۶ گروه کلی گروهبندی شدند. پس از آن، توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران برحسب دریافت (دریافت و عدم دریافت) و مقدار دریافت داروی دی‌پیرون (به گرم)، نوع دستورات دارویی مسکن و دوره پس از جراحی محاسبه شده و در دو جدول سه‌بعدی منعکس گردیدند. برای قضاوت کلی در مورد ارتباط بین دستورات دارویی مسکن و میزان استفاده از داروی دی‌پیرون (نسبت دریافت و مقدار دریافت دارو)، ارتباط بین این دو متغیر با استفاده از آزمون آماری کای-دو برای ۲۴ ساعت اول و دوم پس از جراحی بطور جداگانه تعیین گردید.

#### نتیجه‌گیری نهایی از یافته‌ها

از یافته‌های این پژوهش برای دستیابی به پاسخی برای هر یک از سؤالات مطرح شده در این پژوهش چنین نتیجه‌گیری شد:

در پاسخ به اولین سؤال پژوهش یعنی "میزان استفاده از داروی دی‌پیرون در ۲۴ ساعت اول و دوم پس از جراحی جهت بیماران بخشهای جراحی چقدر است؟" یافته‌ها بیانگر آن بودند که بیش از نصف بیماران (۵۶/۹۸ درصد) بیماران بخش‌های جراحی در ۲۴ ساعت اول و ۲۰/۳۷ درصد در ۲۴ ساعت دوم پس از جراحی جهت تسکین دردشان داروی دی‌پیرون را با مقادیر گوناگون دریافت کرده‌اند. نسبت‌های محاسبه شده برای هر یک از گروه بخشهای مورد مطالعه نشان دادند که بیماران بستری در بخشهای جراحی زنان با ۷۹/۳۱ درصد، در بین بخشهای مورد مطالعه بیشترین نسبت دریافت دی‌پیرون را به خود

پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی بودند که مشتمل بر ۷۶ بخش می‌شد. با توجه به اینکه درد پیامد طبیعی عمل جراحی است و دریافت داروی مسکن به شکل تزریقی، شایع‌ترین روش تسکین درد پس از جراحی می‌باشد، بخشهای مذکور محیط مناسبی جهت پیدا کردن نمونه‌های پژوهش شناخته شدند. از آنجائیکه مصرف داشتن داروی دی‌پیرون در بخشهای مورد نظر و همچنین موافقت مسئولین و کارکنان پرستاری بخشهای مربوطه جهت همکاری با پژوهشگر از شرایط انتخاب محیط‌های مزبور بودند، ۸ بخش به دلیل دارا نبودن شرط اول و یک بخش به دلیل دارا نبودن شرط دوم از فهرست اولیه حذف و پژوهش در محیطی که مشتمل بر ۶۷ بخش می‌شد، انجام گردید.

ی) ابزارگردآوری داده‌ها: در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از یک برگه به منزله پرسشنامه (جهت درج اطلاعات مربوط به مقدار و ساعت تزریق داروی دی‌پیرون در ۲۴ ساعت اول و دوم پس از جراحی توسط کارکنان پرستاری) به منظور رسیدن به هدف اول پژوهش و ۲ برگه مشاهده یکی جهت مشاهده دستورات دارویی مسکن در ۲۴ ساعت اول و دوم پس از جراحی و منعکس کردن نکات ضروری مربوط به هر دستور در جدول تنظیم شده مربوطه و برگه دیگر جهت مشاهده و کنترل نحوه ثبت اطلاعات مربوط به دوزهای تزریق شده دی‌پیرون در پرونده همان بیمار و منعکس کردن نکات ضروری مربوط به آن اطلاعات در جدول تنظیم شده مربوطه، برای رسیدن به اهداف دوم و سوم و چهارم پژوهش تهیه شده بودند. بنابراین داده‌های مربوط به هر یک از واحدهای مورد پژوهش روی ۳ برگه مرتبط به هم که مخصوص همان بیمار بود، جمع‌آوری شده و منعکس می‌شد.

#### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش، از روشهای آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است



اختصاص داده‌اند. این نسبت در ۲۴ ساعت دوم با ۲۴/۷۱ درصد مختص بیماران بخشهای جراحی عمومی است. همچنین ۱۴/۹۴ درصد از بیماران بخشهای زنان و ۱۴/۹۸ درصد از بیماران بخشهای ارتوپدی در ۲۴ ساعت اول جراحی، ۳+ گرم دارو (۱۰۰ درصد از حداکثر مجاز دریافت داروی دی‌پیرون و بیشتر در ۲۴ ساعت) را دریافت کرده‌اند. این نسبت در ۲۴ ساعت دوم، به ترتیب با ۲/۳۸ درصد و ۲/۱۲ درصد مختص بخشهای میزراه و ارتوپدی است. یافته‌های دیگر نشانگر این مطلب بودند که ۱۳/۵۸ درصد از بیماران، هم در ۲۴ ساعت اول و هم در ۲۴ ساعت دوم داروی دی‌پیرون را با مقادیر گوناگون دریافت کرده‌اند که در این میان بخشهای جراحی عمومی و ارتوپدی بیشترین نسبت دریافت دارو را داشته‌اند. با توجه به نتایج مذکور، می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که بیماران بستری در همه بخشهای مورد پژوهش در معرض خطرات زیانبار مصرف بی‌رویه این دارو قرار داشته‌اند.

در پاسخ به سؤال دوم پژوهش، یعنی "نحوه نوشته شدن دستورات دارویی مسکن موجود در پرونده همان بیماران در ۲۴ ساعت اول و دوم پس از جراحی توسط پزشکان چگونه است؟" یافته‌های بدست آمده نشان دادند که عمده دستورات دارویی مسکن پس از جراحی (بیش از ۸۰ درصد) توسط رزیدنت‌های بخش‌های مربوطه نوشته شده‌اند و این در حالی است که نکات ضروری مربوط به این دستورات (نام دارو، مقدار دارو، راه دادن دارو و تناوب دادن دارو) در غالب موارد به هنگام نوشتن دستورات مزبور نادیده گرفته شده‌اند، بطوریکه رعایت نکات مزبور در ۲۴ ساعت دوم پس از جراحی تا کمتر از ۲۷ درصد موارد کاهش پیدا کرده است.

در پاسخ به سؤال سوم پژوهش، یعنی "نحوه ثبت اطلاعات مربوط به داروی دی‌پیرون پس از استفاده در پرونده همان گروه از بیماران چگونه است؟" نتایج

بدست آمده حاکی از این مطلب بودند که ثبت نکات ضروری مربوط به این اطلاعات (نام دارو، مقدار دارو، راه دادن دارو و زمان دارو) در پرونده بیماران در کمتر از ۱۵ درصد موارد انجام گرفته بود. علت این مسئله هرچه که باشد، یافته‌های مزبور نشانگر بی‌توجهی به اهمیت مسئله و پی‌آمدهای استفاده از داروی مزبور است.

در پاسخ به سؤال چهارم پژوهش، یعنی "ارتباط بین میزان استفاده از داروی دی‌پیرون در بخشهای جراحی با نوع دستورات دارویی پزشکان در ۲۴ ساعت اول و دوم پس از جراحی چگونه است؟" نتایج بدست آمده نشان دادند که بیشترین نسبت دریافت داروی دی‌پیرون (با مقادیر گوناگون) در ۲۴ ساعت اول پس از جراحی به ترتیب مختص بیمارانی است که دستور مسکن ایشان به شکل "داروی مسکن در صورت نیاز" و "داروی مخدر در صورت نیاز" نوشته شده بودند. در ۲۴ ساعت دوم بیشترین نسبت دریافت دارو را بیمارانی داشته‌اند که فاقد دستور مسکن بوده‌اند و پس از آن واحدهایی قرار دارند که دستور مربوطه آنها "داروی مسکن در صورت نیاز" بوده است. قابل توجه است که در ۲۴ ساعت دوم پس از جراحی ۵۴/۳۳ موارد فاقد دستور دارویی مسکن بوده‌اند. آزمون آماری کای-دو وجود ارتباط بین نوع دستور دارویی و دریافت یا عدم دریافت دارو را در ۲۴ ساعت اول تأیید نمود<sup>(۱)</sup> ولی وجود چنین ارتباطی در ۲۴ ساعت دوم پس از جراحی تأیید نشد. آزمون مذکور، وجود ارتباط بین نوع دستور دارویی، مقدار دریافت دارو را هم در ۲۴ ساعت اول<sup>(۲)</sup> و هم در ۲۴ ساعت دوم پس از جراحی تأیید نمود<sup>(۳)</sup>. با توجه به نوع دستورات مذکور و در نظر داشتن نکات ضروری درج شده در دستورات مربوطه،

1- ( $X^2=21.39$  d.f=5  $P<0.001$ )

2- ( $X^2=35.48$  d.f=12  $P<0.001$ )

3- ( $X^2=40.37$  d.f=4  $P<0.001$ )



آموزش روشهای دارویی تسکین درد و بویژه تسکین درد پس از جراحی باشند. هاریسون<sup>(۱)</sup> (۱۹۹۱) می‌نویسد، آموزش جاری پزشکان و پرستاران کمتر از آن حدی است که بتواند آگاهی مطلوبی را در مورد علل و شیوه‌های ارزیابی درد، راههای دارودرمانی و فارماکوکینتیک<sup>(۲)</sup> به آنها بدهد تا بتوانند در انتخاب سطوح مطلوبی از مقادیر دارویی، شناسایی راههای کنترل درد و ارزیابی تأثیر راههای درمانی انتخابی به طور حرفه‌ای عمل کنند. در هر حال پژوهشگر امیدوار بوده است که با گذاردن یافته‌های مربوط به هریک از اهداف پژوهش در اختیار مسئولین درمان و آموزش دانشگاهی و همچنین انتشار نتایج آن، بتواند توجه اذهان دست‌اندرکاران را به اهمیت مسئله تسکین درد پس از جراحی جلب نماید تا بتوان در آینده، شاهد عملکردهای صحیح‌تر و نتایج مطلوب در این زمینه بود.

### پیشنهادات برای پژوهش‌های بعدی

با توجه با اینکه پژوهش در بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران انجام گرفته است، پیشنهاد می‌شود که پژوهش مشابهی در بیمارستانهای غیرآموزشی نیز صورت بگیرد. با توجه به اینکه در اهداف این پژوهش، تعیین نسبت دریافت داروهای مخدر نسبت به این دارو منظور نشده است، پیشنهاد می‌شود که پژوهشی با هدف مذکور انجام شود.

از آنجائیکه مسئله ارجحیت انتخاب داروهای مخدر در تسکین درد پس از جراحی، اولین و مسلم‌ترین روشهایی است که در تمام کتابها و متون مرجع بدان اشاره شده است، پیشنهاد می‌شود که پژوهش در زمینه نگرش و آگاهی پرستاران و پزشکان

چنین به نظر می‌رسد که هر قدر کفایت دستور دارویی پائین تر بوده، نسبت دریافت و مقدار دریافت داروی دی‌پیرون نیز بیشتر شده است.

### موارد استفاده در پرستاری

یافته‌هایی که در رابطه با هریک از اهداف این پژوهش بدست آمدند، هریک بیانگر قسمتی از وضعیت موجود تسکین درد در بخشهای جراحی بوده است. یافته‌هایی که در رابطه با میزان استفاده از داروی دی‌پیرون بدست آمدند، به منزله هشدار برای ما به حساب می‌آیند. امروز دی‌پیرون و فردا دارویی دیگر. پژوهشگر ضمن توجه دادن به اهمیت نقش مسئولیتی که در چند بخش و بیمارستان، مصرف این دارو را کاملاً محدود به موارد توصیه شده در کاربرد این دارو کرده بودند، انتظار دارد که شاید بتوان با ارائه یافته‌های مربوط به میزان استفاده از این دارو در بخشهای جراحی و همچنین یافته‌هایی که در رابطه با نحوه نوشته شدن دستورات دارویی مسکن پس از جراحی بدست آمدند و نتایجی که نشانگر نحوه ثبت اطلاعات مربوط به استفاده از این دارو در پرونده بیمارار و همچنین هدف چهارم پژوهش بودند به مسئولین درمانی مربوطه، عامل اتخاذ تدابیر و وضع قوانین قاطع از طرف ایشان مبنی بر محدودیت مصرف این دارو، حداقل در سطوح بخشهای بیمارستانی گردد. با توجه به اینکه بسیاری از دست‌اندرکاران تیم بهداشت و درمان بیمارستانها را افرادی تشکیل داده و خواهند داد که به تازگی از امر تحصیل فارغ شده‌اند و از آنجائیکه سهم عمده آموزش این افراد در امر تسکین درد و جوانب داروشناختی آن برعهده مسئولین آموزش آنهاست، می‌توان قضاوت نمود که قسمتی از تصمیمات و عملکردهای نادرست و ناکافی این افراد می‌تواند نشأت گرفته از آموزش ناکافی ایشان در همین زمینه باشد. بنابراین نتایج این پژوهش شاید بتوانند راهگشای اتخاذ تدابیر جدی و مؤثرتری در زمینه

1- Harrison

2- Pharmacokinetic



یافته‌های این پژوهش تنها در رابطه با ثبت اطلاعات مربوط به داروی دی‌پیرون، پس از استفاده از آن در پرونده بیماران است، پیشنهاد می‌شود که به منظور بررسی کمیّت و کیفیت گزارشات پرستاری در رابطه با درد پس از جراحی بیماران، دارو درمانی و اقدامات دیگری که در این زمینه انجام می‌گردد پژوهشی صورت بگیرد. نهایتاً، پیشنهاد می‌شود که در زمینه بررسی و پی‌گیری عوارض جانبی داروی دی‌پیرون براساس مقدار مصرف این دارو، مطالعه‌ای انجام بگیرد.

منابع

- 1) Jacox A., et al., "Managing acute pain", American Journal of nursing. May 1992, Vol. 92, No.5, pp: 49-55
- 2) Lavies N., et al., "Identification of patient, medical and nursing staff attitudes to postoperative opioid analgesia: stage 1 of alongitudinal study of postoperative analgesia"Pain. May 1992, Vol. 48, No.3, pp: 313-319
- 3) Lomas D., "choosing painkillers".Nursing times, 1992, Vol. 88, No. 19,

نسبت به اهداف و روشهای تسکین درد پس از جراحی، انجام شده و نتایج آن با یکدیگر مقایسه شود. از آنجائیکه اولین گام در تسکین هر دردی، ارزیابی آن است، پیشنهاد می‌شود، پژوهشی در زمینه بررسی کیفیت ارزیابی درد پس از جراحی، قبل از اقدام به تسکین توسط پرستاران انجام شود.

با توجه به اینکه در حال حاضر، عمده مسئولیت اصلی تسکین درد و انتخاب مقدار، زمان و نوع مسکن بر عهده پرستاران است، پیشنهاد می‌شود که پژوهشی در زمینه انتخابهایی که از طرف ایشان در مورد داروهای مسکن جهت تسکین درد پس از جراحی صورت می‌گیرد، انجام شود.

PP: 28-29

- 4) Sewester C.S., et al., Drug facts and comparisons. St. Louis: A wolter klawe co, 1993.
- 5) Tammisto. T. & Tigerstedt 2., "Mild analgesics in Postoperative pain". British journal of clinical pharmacology., 1980, Vol. 10, pp: 3475-3505
- 6) Weis O.F., et al., "Attitudes of patients, Housestaff, and Nurses toward postoperative analgicsia care", Anesthesia & Analgesia, 1993, Vol. 62, PP: 70-4



## **Dipyron administration in the first 48 hours of post operative period**

(by: Sh. Maanavy)

A field study was carried out among 265 post surgical patients in 67 surgical wards belonging to teaching hospitals located in Tehran. The purpose of this study was to determine the amount of Dipyron administration in the first 48 hours of postoperative period and the accuracy of its recording in the medication records by the nursing staff, meanwhile the physicians' post operative analgesic medication orders for the first and second 24 hours of post operative period were considered to determine the possible relation between the amount of Dipyron administration and the type of these orders. Data collection tools in this study were questionnaire and checklists.

Results showed that 56 -98% of subjects during the first 24 hours and 20 -37% of them during the second 24 hours of post operative period had received Dipyron in variable dosages. The calculated proportions of administered Dipyron dosages confirmed that the subjects in each four

groups of wards (General surgery, Orthopedic surgery, Gynecology and urology wards) were exposed to prejudicial effects of this drug. Furthermore the results showed that the percentages of recording of essential points (the name' doss age, route of administration, date, and time of administered Dipyron) in the medication records by the nursing staff were less than 15% of total number of dosages administered. Likewise the physicians' analgesic medication orders for the first and



second 24 hours of post operative period had similar condition; so that the essential points relating to these orders (the name, dosage, route and frequency of administration of analgesic medication) were observed only less than 46% of prescriptions.

Using the chi -square test (showed that there was evidence of significant correlation between the reception of Dipyron and the type of the analgesic orders during the first 24 hours of post operative period ( $P<0.001$ ). Similarly, such correlation as this was found between the total administered amounts of Dipyron to the patients (dosages in grams) and the type of their analgesic orders during the first and second 24 hours of post operative period ( $P<0.001$ ).

However, the results of this study, confirm that there is a need for better and more comprehensive training of medical and nursing staff and students in post operative analgesic care.