Archive of SID

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۹، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۰: ۳۳۷-۳۳۱

● **مقاله تحقیقی** کد مقاله: ۰۳۴

رضایتمندی بیماران از کنترل درد حاد پس از اعمال جراحی

دکتر سیروس مومن‌زاده ۱*
دکتر حسین محمدی‌نسب ۲
زهرا یونسی ۳
مائده صیادی ۳

۱- دانشیار گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲- متخصص بیهوشی و مراقبت‌های ویژه- پژوهشگر
۳- پرستار، پژوهشگر

* **نشانی نویسنده مسؤول:** تهران، شهید مدنی، بیمارستان امام حسین، دپارتمان بیهوشی

تلفن: ۰۲۱-۷۷۵۵۸۰۸۱
۰۹۱۲۵۰۴۷۹۲۶

نشانی الکترونیکی:
smomenzadeh@sbmu.ac.ir

چکیده

زمینه: بیماران اغلب از درمان ناکافی درد پس از عمل رنج می‌برند. لذا این مطالعه با هدف بررسی رضایتمندی بیماران از کنترل درد حاد پس از اعمال جراحی انجام شد.

روش کار: این مطالعه به صورت آینده‌نگر توسط سرویس درد حاد و مزمن بیمارستان امام حسین (ع) از مهر سال ۸۸ لغایت شهریور سال ۸۹ انجام شد، ۱۴۲۴ بیمار توسط متخصصین (جراحی عمومی، ارتوپدی، زنان، چشم، مغز و اعصاب و داخلی) به سرویس درد حاد و مزمن بیمارستان امام حسین (ع) معرفی شدند. به بیماران هنگام ترخیص پرسشنامه از پیش تعیین شده شامل ۲۶ ایتم داده شد و پس از تکمیل توسط پرستار بخش جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: به طور کلی رضایتمندی بیماران در ۱۴۲۱ نفر (۹۹/۸٪) خوب و ۳ نفر (۰/۲٪) متوسط بود. رضایتمندی بیماران از پرداخت تعرفه ریالی در ۹۸۰ نفر (۶۸/۸٪) متوسط و در ۴۴۴ نفر (۳۱/۲٪) ضعیف بود و رضایتمندی بیماران از حمایت در هنگام خدمات و پس از خدمات در ۱۴۱۸ نفر (۹۹/۶٪) خوب و در ۶ نفر (۰/۴٪) متوسط بود.

نتیجه‌گیری: به طور کلی رضایتمندی بیماران از سرویس درد حاد و مزمن خوب بود ولی رضایتمندی بیماران از پرداخت هزینه‌های بالای مربوط به سرویس درد حاد و مزمن پایین بود. لذا انجام مطالعات بیشتر و ادامه پیشنهادات باعث بهبود مشکلات مالی مربوط به کنترل درد حاد پس از عمل در بیماران می‌شود.

واژگان کلیدی: درد حاد پس از عمل، رضایتمندی بیماران

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۱۲/۴ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۰/۹/۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۴/۱۳

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-12-19]

www.SID.ir

Archive of SID

مقدمه

در سال ۱۹۶۸ میلادی، با شروع استفاده از تزریق داخل وریدی مرفین جهت اندازه‌گیری میزان بی‌دردی، ایجاد بی‌دردی با کنترل خود بیمار از طریق پمپ‌های بی‌دردی برای بیماران توضیح داده شد. [۱]

اولین دستگاه patient-controlled analgesia (PCA) در سال ۱۹۷۱ میلادی ساخته شد. از این دستگاه برای کنترل درد پس از عمل استفاده می‌شود و هم اکنون نیز دسترسی به PCA در اکثر بیمارستان‌ها امکان‌پذیر می‌باشد. در مطالعات وسیعی که در مورد استفاده از PCA انجام شده است، ایمنی و قابل اطمینان بودن دستگاه نیز ثابت شده است. [۲]

بهبود درد پس از عمل موجب افزایش راحتی بیمار، تسهیل ریکاوری و برگشت زودهنگام بیمار به فعالیت فیزیکی [۳] کاهش موربیدیتی پس از عمل به ویژه در بیماران پرخطر [۵-۴]، بهبود پیامد جراحی [۶] و کاهش مدت بستری می‌شود. [۸-۷] در مقابل درمان ناکافی درد نیز منجر به ایجاد درد مزمن می‌شود. [۹] ارزیابی نامناسب درد، برقراری ارتباط ضعیف با بیمار، تقسیم‌بندی‌های مربوط به تشدید درد و تجربه درد از عواملی هستند که بیان بیمار از کنترل مناسب درد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. [۱۶-۱۰] اکثر بیماران از دریافت سرویس کنترل درد حتی در صورتی که از درد رنج می‌برند، رضایت دارند. [۱۰] رضایت بیماران معیار قابل اهمیتی از پیامد پروسه مراقبت‌های سلامتی است [۱۷] که می‌تواند برای بهبود کیفیت کنترل درد استفاده شود. [۱۸] از طرفی آموزش‌های پایه پرستاران ممکن است کافی نباشد در حالی که آموزش‌های تئوری آنها ادامه می‌یابد. [۱۹و۱۳-۱۲] بیماران معمولاً پس از عمل جراحی داروی آنالژزیک کمتری نسبت به میزان درخواستی خود دریافت می‌کنند زیرا پرستاران میزان کمتری از نیاز بیمار به آنالژزی را تخمین می‌زنند. [۱۶] در سرویس درد حاد بیمارستان دانشگاه هلسینکی نیز شیوع ارزیابی درد را بررسی کرده‌اند. [۲۰-۱۸و۱۴-۱۲]

برخی دردهای تحت درمان ممکن است به بی‌میلی بیمار برای گزارش میزان درد منجر شوند. [۲۱] بیماران مسن و بیماران تحت جراحی‌های ارتوپدی و عروق اغلب قادر به گزارش دردشان نیستند. [۲۲] درد متناوب پس از عمل از مشکلات اصلی بالینی است. [۲۰] از طرفی شرایط قبل از عمل و درد پس از عمل با یکدیگر مرتبط هستند. [۲۳-۲۲]

علی‌رغم بهبود در تکنولوژی، شواهد تحقیقات بالینی و ایجاد سرویس‌های درد حاد و مزمن، در بررسی ملی انجام شده ایالت متحده گزارش کردند که تاکنون درد پس از عمل کنترل نشده باقی مانده است و میزان درد در دهه اخیر کاهش نیافته است. [۲۴]

برای کنترل مناسب درد موانعی وجود دارند که می‌توان به فقدان وجود استانداردها، دانش ناکافی بیماران و پرستاران، روش‌های نامناسب مراقبت پرستاران و افزایش هزینه‌های بیمار اشاره نمود. [۲۵]

در بررسی رضایتمندی بیمار از کنترل درد تأثیر اجتماعی و روانی درمان درد، مقرون به صرفه بودن و مزایای درمان درد از نظر بیمار حائز اهمیت است. [۲۷-۲۶]

با توجه به اهمیت کاهش درد حاد پس از عمل، ارتقاء کیفیت محصولات و خدمات کنترل درد، حمایت بیمار جهت کنترل درد و کاهش هزینه‌های مالی بیمار به منظور کنترل درد حاد پس از عمل، پژوهشگران در این مطالعه به بررسی رضایتمندی بیماران از کنترل درد حاد پس از اعمال جراحی پرداختند.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه که به صورت آینده‌نگر توسط سرویس درد حاد در بیمارستان امام حسین (ع) از مهر سال ۸۸ لغایت شهریور سال ۸۹ انجام شد، ۱۴۲۴ بیمار توسط چندین متخصص (جراحی عمومی، ارتوپدی، زنان، چشم، مغز و اعصاب، داخلی) به سرویس درد حاد و مزمن بیمارستان امام حسین (ع) معرفی شدند. به بیماران هنگام ترخیص پرسشنامه از پیش تعیین شده داده شد و پس از تکمیل توسط پرستار بخش جمع‌آوری شد. بیماران دچار جنون، گیجی پس از عمل و مشکلات دیگری که مانع پاسخگویی آنها بود، توسط پرستار بخش از مطالعه خارج شدند. در این مطالعه برای بیماران (۶-۱) میلی‌گرم مرفین بصورت تک دوز تزریق شد، سپس داروی بی‌دردی را توسط PCA ساخت شرکت فورنیا، تحت لیسانس آمریکا و تولید در چین، مدل Regular bolus PCA ۰/۵-۱ میلی‌لیتر بولوس با زمان قطع ۱۵ دقیقه‌ای با انفوزیون ۶-۳ سی‌سی در ساعت دریافت کردند.

طراحی پرسشنامه

پرسشنامه بررسی رضایتمندی بیماران توسط سرویس درد حاد و مزمن بیمارستان امام حسین (ع) تنظیم شد.

سؤالات پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک، نوع بیمه درمانی، تصورات کلی شامل ۵ بخش، در مورد وجود تابلوهای راهنما جهت دسترسی به کلینیک درد، قابلیت دسترسی به تیم کنترل درد حاد و

www.SID.ir

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-12-19]

Archive of SID

مزمن و نوع برخورد آنها، سرعت عمل و پاسخگویی پرسنل کلینیک در زمان انتظار جهت انجام خدمات و رسیدگی جهت کنترل درد حاد پس از عمل، محصولات و خدمات شامل ۴ بخش، کیفیت ارائه خدمات کنترل درد حاد و چگونگی ارائه خدمات کنترل درد، موثر بودن خدمات کلینیک درد و کاهش درد، میزان تعرفه ریالی خدمات کلینیک درد، حمایت در هنگام خدمات و پس از خدمات شامل ۴ بخش، نحوه عملکرد تیم درمان، راهنمایی و آموزش پزشک و پرسنل در مورد نحوه استفاده از ابزار کنترل درد، کفایت پمفلت‌های آموزشی ارائه شده به بیماران، نحوه پاسخگویی به شکایات، وفاداری شامل ۴ بخش، در صورت نیاز مجدد تمایل به دریافت خدمات کنترل درد حاد و مزمن در این کلینیک، توصیه به دیگران و تمایل به استفاده از سایر خدمات کنترل درد بود.

در این مطالعه میزان رضایتمندی بیماران از کنترل درد به صورت ضعیف، متوسط، خوب ارزیابی شد.

کلیه اطلاعات کدگذاری شده، توسط برنامه آماری SPSS V.16 وارد حافظه رایانه گردیدند. میانگین داده‌های کمی و فراوانی داده‌های کیفی محاسبه گردیدند. مقایسه داده‌های کیفی با استفاده از آزمون کای دو صورت پذیرفت و $p<۰/۰۵$ از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن بیماران مورد بررسی ۱۷/۷±۳۸/۰ (۹۰-۱۸) سال بود. تعداد مردان مورد بررسی ۱۰۰۵ نفر (۷۰/۶٪) و زنان ۴۱۹ نفر (۲۹/۴٪) بود.

در بیماران مورد بررسی، ۷۶۰ نفر (۵۳/۴٪) در بخش ارتوپدی، ۲۹۰ نفر (۲۰/۴٪) بخش جراحی عمومی، ۱۳۱ نفر (۹/۲٪) بخش زنان، ۴۹ نفر (۳/۴٪) بخش داخلی، ۵۶ نفر (۳/۹٪) بخش چشم و ۱۳۸ نفر (۹/۷٪) در بخش جراحی مغز و اعصاب بستری بودند.

در بین بیماران مورد بررسی، ۸۳۱ نفر (۵۸/۵٪) بیمه نداشتند و در ۵۸۳ نفر (۴۱/۵٪) از بیماران که دارای بیمه بودند، نوع بیمه‌های تحت پوشش در ۳۰۶ نفر (۲۱/۵٪) بیمه تأمین اجتماعی، ۷۵ نفر (۵/۳٪) بیمه خدمات روستایی، ۴۳ نفر (۳/۰٪) بیمه خدمات درمانی، ۱۰۱ نفر (۷/۱٪) بیمه خویش فرما، ۲۵ نفر (۱/۸٪) بیمه خدمات کارمندی، ۱۶ نفر (۱/۱٪) بیمه ارتش و در ۲۳ نفر (۱/۷٪) بیمه‌ها از نوع سایر بود.

به طور کلی رضایتمندی بیماران در ۱۴۲۱ نفر (۹۹/۸٪) خوب و ۳ نفر (۰/۲٪) متوسط گزارش شد.

رضایتمندی بیماران از پرداخت تعرفه ریالی در ۹۸۰ نفر (۶۸/۸٪) متوسط و در ۴۴۴ نفر (۳۱/۲٪) ضعیف بود.

همچنین رضایتمندی بیماران از حمایت در هنگام خدمات و پس از خدمات در ۱۴۱۸ نفر (۹۹/۶٪) خوب و در ۶ نفر (۰/۴٪) متوسط بود.

مقایسه رضایتمندی بیماران برحسب جنس بیماران در جدول شماره یک آمده است که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($p>۰/۰۵$).

جدول شماره ۱- مقایسه رضایتمندی بیماران بر حسب جنس در جمعیت مورد مطالعه

		کل	متوسط	خوب	P value
جنس	مرد	۱۰۰۵ (۷۰/۶٪)	۲ (۶۶/۷٪)	۱۰۰۳ (۷۰/۶٪)	۰/۸۸۰
	زن	۴۱۸ (۲۹/۴٪)	۱ (۳۳/۳٪)	۴۱۷ (۲۹/۴٪)	

مقایسه رضایتمندی بیماران از بخش‌های مختلف تخصصی در جدول شماره دو آمده است که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($p>۰/۰۵$).

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-12-19]
www.SID.ir

Archive of SID

جدول شماره ۲- مقایسه رضایتمندی بیماران بر حسب انواع بخش‌های تخصصی در جمعیت مورد مطالعه					
		کل	متوسط	خوب	P value
انواع بخش‌های تخصصی	ارتوپدی	۷۶۰ (٪۵۳/۴)	۱ (٪۳۳/۳)	۷۵۹ (٪۵۳/۴)	۰/۷۱۷
	جراحی عمومی	۲۹۰ (٪۲۰/۴)	۱ (٪۳۳/۳)	۲۸۹ (٪۲۰/۳)	
	زنان	۱۳۱ (٪۹/۲)	۱ (٪۳۳/۳)	۱۳۰ (٪۹/۱)	
	داخلی	۴۹ (٪۳/۴)	۰ (٪۰)	۴۹ (٪۳/۴)	
	جراحی چشم	۵۶ (٪۳/۹)	۰ (٪۰)	۵۶ (٪۳/۹)	
	جراحی مغز و اعصاب	۱۳۸ (٪۹/۷)	۰ (٪۰)	۱۳۸ (٪۹/۷)	

مقایسه رضایتمندی بیماران از پرداخت تعرفه ریالی بر حسب جنس بیماران در جدول شماره سه آمده است که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری را نشان نداد (p>۰/۰۵).

جدول شماره ۳- مقایسه رضایتمندی بیماران از پرداخت تعرفه ریالی بر حسب جنس در جمعیت مورد مطالعه					
		کل	ضعیف	متوسط	P value
جنس	مرد	۱۰۰۵ (٪۷۰/۶)	۳۰۱ (٪۶۷/۹)	۷۰۴ (٪۷۱/۸)	۰/۱۳۶
	زن	۴۱۸ (٪۲۹/۴)	۱۴۲ (٪۳۲/۱)	۲۷۶ (٪۲۸/۲)	

مقایسه رضایتمندی بیماران از پرداخت تعرفه ریالی در بخش‌های مختلف تخصصی در جدول شماره چهار آمده است که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری را نشان نداد (p>۰/۰۵).

جدول شماره ۴- مقایسه رضایتمندی بیماران از پرداخت تعرفه ریالی بر حسب انواع بخش‌های تخصصی در جمعیت مورد مطالعه					
		کل	ضعیف	متوسط	P value
انواع بخش‌های تخصصی	ارتوپدی	۷۶۰ (٪۵۳/۴)	۲۳۳ (٪۵۲/۵)	۵۲۷ (٪۵۳/۸)	۰/۲۲۶
	جراحی عمومی	۲۹۰ (٪۲۰/۴)	۹۰ (٪۲۰/۳)	۲۰۰ (٪۲۰/۴)	
	زنان	۱۳۱ (٪۹/۲)	۴۵ (٪۱۰/۱)	۸۶ (٪۸/۸)	
	داخلی	۴۹ (٪۳/۴)	۱۲ (٪۲/۷)	۳۷ (٪۳/۸)	
	جراحی چشم	۵۶ (٪۳/۹)	۱۲ (٪۲/۷)	۴۴ (٪۴/۵)	
	جراحی مغز و اعصاب	۱۳۸ (٪۹/۷)	۵۲ (٪۱۱/۷)	۸۶ (٪۸/۸)	

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی رضایتمندی عمومی بیماران، برای ارزیابی کنترل درد پس از عمل روشی حساس می‌باشد. [۱۸] زیرا اکثر بیمارانی که از سرویس کنترل درد بهره‌مند می‌شوند، حتی اگر از درد خفیف تا متوسط رنج ببرند، ابراز رضایتمندی می‌کنند. [۱۰] بنابراین بین کنترل درد پس از عمل و رضایتمندی بیماران ارتباط وجود دارد. [۲۹-۲۸و۱۸] در مطالعاتی نیز گزارش کردند برای بررسی رضایت بیمار از کاهش درد، بهتر است آموزش بیمار و پرستار را برای اندازه‌گیری میزان درد، با هم انجام داد. [۲۸و۱۳-۱۲]

برای اندازه‌گیری میزان رضایتمندی عمومی بیماران از مراقبت‌های بیهوشی چندین پرسشنامه وجود دارد. [۳۰و۱۷]

در برخی مطالعات که به بررسی هزینه‌های درمانی بیماران پرداخته شده، مزایای مداخلات و ارتباط آن با پیامد بیمار نیز مورد بررسی قرار گرفته است. [۳۲-۳۱]

www.SID.ir

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-12-19]

Archive of SID

عدم ارزیابی پیامد بیماران و فقدان اطلاعات پایه بیمار مانع از ارزیابی هزینه‌های کنترل درد حاد و مزمن می‌شود و این در حالی است که روشی معتبر برای ارزیابی هزینه‌های مالی سطوح مختلف آنالژزی وجود ندارد.

در حالی که در مطالعه حاضر، فاکتورهایی که بر رضایتمندی بیمار از کنترل درد تأثیرگذار هستند، همچنین تأثیر هزینه‌های مالی برای کنترل درد بررسی شده است. در مطالعه حاضر، ۴۱/۵٪ بیماران تحت پوشش بیمه‌های درمانی بودند که ۲۱/۵٪ بیمه‌های تأمین اجتماعی بودند. در مطالعه ما، به طور کلی رضایتمندی بیماران از سرویس درد حاد و مزمن خوب بود ولی رضایتمندی بیماران از پرداخت هزینه‌های بالای مربوط به سرویس درد حاد و مزمن پایین بود. رضایتمندی پایین بیماران به دلیل عدم پوشش مالی خدمات کنترل درد توسط شرکت‌های بیمه و گران بودن هزینه‌های خدمات کنترل درد بود.

به دلیل ضرورت کنترل درد حاد پس از عمل و گران بودن تجهیزات و هزینه انجام آن، بیماران و پزشکان نیاز به همکاری سازمان‌های بیمه و خدمات درمانی در این زمینه را دارند که همکاری بیشتر این سازمان‌ها در زمینه انجام خدمات کنترل درد حاد و مزمن مستلزم توجه خاص سیستم بهداشتی درمانی کشور و دست‌اندرکاران این سیستم به این امر مهم می‌باشد.

بررسی رضایتمندی بیماران در صورتی که به خوبی طراحی شده باشد، از روش‌های با اهمیتی در پاسخگویی به این یافته‌ها می‌باشد. لذا به انجام مطالعات بیشتری جهت تأیید عمومیت یافته‌های این مطالعه نیاز داریم.

تشکر و قدردانی

از اساتید محترم بخش‌های بیهوشی و اتاق عمل، جراحی عمومی، جراحی مغز و اعصاب و ارتوپدی بیمارستان امام حسین و سایر همکارانی که در انجام این طرح نهایت همکاری را نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمائیم.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-12-19]

www.SID.ir

Archive of SID

مراجع

1- Sechzer PH. Objective measurement of pain. Anesthesiology 1968; 29: 209-10 .

2- Macintyre PE. Safety and efficacy of patient-controlled analgesia. Br J Anaesth 2001; 87: 36-46.

3- Gottschalk A, Smith DS, Jobes DR, Kennedy SK, Lally SE, Noble VE, et al. Preemptive epidural analgesia and recovery from radical prostatectomy; a randomized controlled trial. JAMA 1998; 279: 1076-82.

4- Jin F, Chung F. Minimizing perioperative adverse events in the elderly. Br J Anesth 2001; 87: 608-24.

5- Kehlet H, Holte K. Effect of postoperative analgesia on surgical outcome. Br J Anesth 2001; 87: 62-72 .

6- Capdevila X, Barthelet Y, Biboulet P. Effects of perioperative analgesic technique on the surgical outcome and duration of rehabilitation after major knee surgery. Anesthesiology 1999; 91: 8-15.

7- Liu SS, Allen HW, Olsson BN. Patient-controlled epidural analgesia with Bupivacaine and Fentanyl on hospital wards.82 W. Roth et al. Prospective experience with 1030 surgical patients. Anesthesiology 1998; 88: 688-95 .

8- Miaskowski C, Crews J, Ready LB, Paul SM, Ginsberg B. Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. Pain 1999; 80: 23-9.

9- Perkins FM, Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery: a review of predictive factors. Anesthesiology 2000; 93: 1123-33.

10- Chung, J, Lui, J. Postoperative pain management: Study of patients' level of pain and satisfaction with health care providers' responsiveness to their reports of pain. Nursing and Health Sciences, 2003; 5: 13-21.

11- McCaffery M, Ferrell B. R. Nurses' assessment of pain intensity and choice of analgesic dose. Contemporary Nurse, 1994; 3: 68-74.

12- McCaffery M, Ferrell B. R. Nurses' knowledge of pain assessment and management: How much progress have we made? Journal of Pain and Symptom Management, 1997; 14: 175-188.

13- McCaffery M, Ferrell B, Pasero C. Nurses' personal opinions about patients' pain and their effect on recorded assessments and titration of opioid doses. Pain Management Nursing, 2000; 1: 79-87.

14- McIntosh C, Bowles S. The effect of an acute pain service on nurses' knowledge and beliefs about postoperative pain. Journal of Clinical Nursing, 2000; 9: 119-126.

15- Van Niekerk L, Martin F. The impact of the nurse-physician relationship on barriers encountered by nurses during pain management. Pain Management Nursing 2003; 4: 3-10.

16- Salmon P, Manyande A. Good patients cope with their pain: postoperative analgesia and nurses' perceptions of their patients' pain. Pain, 1996; 68: 63-68.

17- Auquier P, Pernoud N, Bruder N, Simeoni M-C, Auffray J.-P., Colavolpe C, et al. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. Anesthesiology, 2005; 102: 1116-1123.

18- Salomäki T, Hokajärvi T, Ranta P, Alahuhta S. Improving the quality of postoperative pain relief. European Journal of Pain, 2000; 4: 367-372.

19- Bédard M, Purden N, Sauvé-Larose C, Certosini C, Schein C. The pain experience of post surgical patients

www.SID.ir

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-12-19]

Archive of SID

following the implementation of an evidencebased approach. Pain Management Nursing, 2006; 7: 80-92.

20- Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y. Nurses' assessment of pain in surgical patients. Journal of Advanced Nursing, 2005; 52: 125-132.

21- Stalnikowics R, Mahamid R, Kaspi S, Brezis M. Undertreatment of acute pain in the emergency department: a challenge. International Journal for Quality in Health Care, 2005; 17: 173-176.

22- Rakel B, Herr K. Assessment and treatment of postoperative pain in older adults. Journal of Perianesthesia Nursing, 2004; 19: 194-208.

23- Pan P, Coghill R, Houle T, Seid M, Lindel W, Parker R, et al. Multifactorial preoperative predictors for postcesarean section pain and analgesic requirement. Anesthesiology, 2006; 104: 417-425.

24- Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. Anesth Analg 2003; 97: 534-40.

25- Bookbinder M, Coyle N, Kiss M, Goldstein M, Holritz K, Thaler H, et al. Implementing national standards for cancer pain management program model and evaluation. J Pain Sympt Manage 1996; 12: 334-47.

26- Guckes AD, Scurria MS, Shugars DA. A conceptual framework for understanding outcomes of oral implant therapy. J Prosthet Dent 1996; 75: 633-9.

27- Lewis DW. Optimized therapy for the edentulous predicament: cost-effectiveness considerations. J Prosthet Dent 1998; 79: 93-9.

28- McLellan, K. Postoperative pain: strategy for improving patient experiences. Journal of Advanced Nursing, 2004; 46: 179-185.

29- Stromberg M, Wickström K, Joelsson H, SjöStröm B, Haljamäe H. Postoperative pain management on surgical wards. Do quality assurance strategies result in log-term effects on staff member attitudes and clinical outcomes? Pain Management Nursing, 2000; 4: 11-22.

30- Heidegger T, Husemann Y, Nuebling M. Patient satisfaction with anaesthesia care: development of a psychometric questionnaire and benchmarking among six hospitals in Switzerland and Austria. British Journal of Anaesthesia, 2000; 89: 863-872.

31- Chestnut DH. How do we measure the cost of pain relief. Anesthesiology 2000; 92: 643-645.

32- Ward SE, Gordon DB. Patient satisfaction and pain severity as outcomes in pain management: a longitudinal view of one setting's experience. J Pain Symptom Manage 1996; 11: 242-251.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-12-19]

www.SID.ir