

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۰۳۴



روضایتمندی بیماران از کنترل درد حاد پس از اعمال جراحی

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 (۲۱/۲٪) 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

*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

مقدمه

متعدد گزارش کردنده که تاکنون درد پس از عمل کنترل نشده باقی مانده است و میزان درد در دهه اخیر کاهش نیافتد 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، مقرنون به صرفه بودن و مزایای درمان درد از نظر بیمار حائز اهمیت است. [۲۶-۲۷]

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 لغاًیت شهریور سال ۸۹ انجام شد، ۱۴۲۴ بیمار توسط چندین متخصص (جراحی عمومی، ارتوپدی، زنان، چشم، مغز و اعصاب، داخلی) به سرویس درد حاد و مژمن 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 ۱۶۰ میلی‌گرم مرفين بصورت تک دوز تزریق شد، سپس داروی بی‌دردی را توسط PCA ساخت شرکت فورنیا، تحت لیسانس Regular bolus PCA آمریکا و تولید در چین، مدل ۳-۶ ۱۰-۱ میلی‌لیتر بولوس با زمان قطع ۱۵ دقیقه‌ای با انفوژیون سی‌سی در ساعت دریافت کردند.

طراحی پرسشنامه

پرسشنامه بررسی رضایتمندی بیماران توسط سرویس درد حاد و مژمن بیمارستان امام حسین (ع) تنظیم شد. سوالات پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک، نوع بیمه درمانی، تصورات کلی شامل ۵ بخش، در مورد وجود تابلوهای راهنمای جهت دسترسی به کلینیک درد، قابلیت دسترسی به تیم کنترل درد حاد و

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]

اولين دستگاه patient-controlled analgesia (PCA) در سال ۱۹۷۱ میلادی ساخته شد. از اين دستگاه برای کنترل درد پس از عمل استفاده می‌شود و هم اکنون نيز دسترسی به PCA در اكثربیمارستان‌ها امکان‌پذیر می‌باشد. در مطالعات وسیعی که در مورد استفاده از PCA انجام شده است، ایمنی و قابل اطمینان بودن دستگاه نيز 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 [۴-۵]، بهبود پیامد جراحی [۶] و کاهش مدت بستری می‌شود. [۷-۸] در مقابل درمان ناکافی درد نيز منجر به ایجاد درد مزمن می‌شود. [۹] ارزیابی نامناسب درد، برقراری ارتباط ضعیف با بیمار، تقسیم‌بندی‌های مربوط به تشديد درد و تجزیه درد از عواملی هستند که بیان بیمار از کنترل مناسب درد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. [۱۰-۱۶] اکثر بیماران از دریافت سرویس کنترل درد حتی در صورتی که از درد رنج می‌برند، رضایت دارند. [۱۰] رضایت بیماران معيار قابل اهمیتی از پیامد پروسه مراقبتهاي 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. [۱۹-۲۰] بیماران معمولاً پس از عمل جراحی داروی آنالژیک کمتری نسبت به میزان درخواستی خود دریافت می‌کنند زیرا پرستاران میزان کمتری از نیاز بیمار به آنالژی را تخمین می‌زنند. [۱۶] در سرویس درد حاد بیمارستان دانشگاه هلسینکی نيز شیوع ارزیابی درد را بررسی کردند. [۲۰-۲۴]

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. [۲۲-۲۳]

علی‌رغم بهبود در تکنولوژی، شواهد تحقیقات بالینی و ایجاد سرویس‌های درد حاد و مژمن، در بررسی ملی انجام شده ایالت



يافته‌ها

ميانگين سن بيماران مورد بررسى 38.0 ± 17.7 (۱۸-۹۰) سال بود.
تعداد مردان مورد بررسى ۱۰۰۵ نفر (٪۷۰/۶) و زنان ۴۱۹ نفر (٪۲۹/۴) بود.

در بيماران مورد بررسى، ۷۶۰ نفر (٪۵۳/۴) در بخش ارتوپدي، ۲۹۰ نفر (٪۲۰/۴) بخش جراحى عمومى، 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 جراحى مغز و اعصاب بستری بودند.

در بين بيماران مورد بررسى، ۸۳۱ نفر (٪۵۸/۵) بيمه نداشتند و در ۵۸۳ نفر (٪۴۱/۵) از بيماران که داراي بيمه بودند، نوع بيمه‌های تحت پوشش در ۳۰۶ نفر (٪۲۱/۵) بيمه تأمین اجتماعى، ۷۵ نفر (٪۵/۳) بيمه خدمات رoustaii، ۴۳ نفر (٪۳/۰) بيمه خدمات درمانى، ۱۰۱ نفر (٪۷/۱) بيمه خويش فرما، ۲۵ نفر (٪۱/۸) بيمه خدمات کارمندى، ۱۶ نفر (٪۱/۱) بيمه ارتشن و در ۲۳ نفر (٪۱/۷) بيمه‌ها از نوع ساير بود.

به طور کلى رضاييتمندی بيماران در ۱۴۲۱ نفر (٪۹۹/۸) خوب و ۳ نفر (٪۰/۲) متوسط گزارش شد.

رضاييتمندی بيماران از پرداخت تعرفه رiali در ۹۸۰ نفر (٪۶۸/۸) متوسط و در ۴۴۴ نفر (٪۳۱/۲) ضعيف بود.

همچنين رضاييتمندی بيماران از حمایت در هنگام خدمات و پس از خدمات در ۱۴۱۸ نفر (٪۹۹/۶) خوب و در ۶ نفر (٪۰/۴) متوسط بود.

مزمن و نوع برخورد آنها، سرعت عمل و پاسخگویي پرسنل كلينيک در زمان انتظار جهت انجام خدمات و رسيدگي جهت كنترل درد حاد پس از عمل، محصولات و خدمات شامل ۴ بخش، كيفيت ارائه خدمات كنترل درد حاد و چگونگي ارائه خدمات كنترل درد، موثر بودن خدمات كلينيک درد و كاهش درد، ميزان تعرفه رiali خدمات كلينيک درد، حمایت در هنگام خدمات و پس از خدمات شامل ۴ بخش، نحوه عملکرد تيم درمان، راهنمایي و آموزش پزشك و پرسنل در مورد نحوه استفاده از ابزار كنترل درد، كفایت پمفت‌های آموزشی ارائه شده به بيماران، نحوه پاسخگویي به شکایات، وفاداري شامل ۴ بخش، در صورت نياز مجدد تمایل به دریافت خدمات كنترل درد حاد و مzman در اين كلينيک، توصيه به ديگران و تمایل به استفاده از ساير خدمات كنترل درد بود.

در اين مطالعه ميزان رضاييتمندی بيماران از كنترل درد به صورت ضعيف، متوسط، خوب ارزیابی شد.

V.16 SPSS كليه اطلاعات كدگذاري شده، توسط برنامه آماري SPSS وارد حافظه راياني گردیدند. ميانگين داده‌های كمي و فراوانی داده‌های كيفي محاسبه گردیدند. مقاييسه داده‌های كيفي با استفاده از آزمون کاي دو صورت پذيرفت و $p < 0.05$ از نظر آماري معني دار در نظر گرفته شد.

مقاييسه رضاييتمندی بيماران برحسب جنس بيماران در جدول شماره يك آمده است که از نظر آماري تفاوت معني داری را نشان نداد ($p > 0.05$).

جدول شماره ۱ - مقاييسه رضاييتمندی بيماران بر حسب جنس در جمعیت مورد مطالعه

P value	خوب	متوسط	كل	مرد	جنس
.۰۸۸۰	(٪۷۰/۶) ۱۰۰۳	(٪۶۶/۷) ۲	(٪۷۰/۶) ۱۰۰۵	(٪۲۹/۴) ۴۱۸	زن
	(٪۲۹/۴) ۴۱۷	(٪۳۳/۳) ۱			

مقاييسه رضاييتمندی بيماران از بخش‌های مختلف تخصصی در جدول شماره دو آمده است که از نظر آماري تفاوت معني داری را نشان نداد ($p > 0.05$).

جدول شماره ۲- مقایسه رضایتمندی بیماران بر حسب انواع بخش‌های تخصصی در جمعیت مورد مطالعه				
P value	خوب	متوسط	کل	
۰/۷۱۷	(٪۵۳/۴) ۷۵۹	(٪۳۲/۳) ۱	(٪۵۳/۴) ۷۶۰	ارتوپدی
	(٪۲۰/۳) ۲۸۹	(٪۳۲/۳) ۱	(٪۲۰/۴) ۲۹۰	جراحی عمومی
	(٪۹/۱) ۱۳۰	(٪۳۳/۳) ۱	(٪۹/۲) ۱۳۱	زنان
	(٪۳/۴) ۴۹	(٪۰) ۰	(٪۳/۴) ۴۹	داخلی
	(٪۳/۹) ۵۶	(٪۰) ۰	(٪۳/۹) ۵۶	جراحی چشم
	(٪۹/۷) ۱۳۸	(٪۰) ۰	(٪۹/۷) ۱۳۸	جراحی مغز و اعصاب
انواع بخش‌های تخصصی				

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 ($p > 0.05$).

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

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 ($p > 0.05$).

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

بهتر است آموزش بیمار و پرستار را برای اندازه‌گیری میزان درد، با هم انجام داد. [۱۲-۱۳ و ۲۸]

برای اندازه‌گیری میزان رضایتمندی عمومی بیماران از مراقبتهای بیهوشی چندین پرسشنامه وجود دارد. [۱۷ و ۳۰] 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. [۳۱-۳۲]

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی رضایتمندی عمومی بیماران، برای ارزیابی کنترل درد پس از عمل روشنی حساس می‌باشد. [۱۸] زیرا اکثر بیمارانی که از سرویس کنترل درد بهره‌مند می‌شوند، حتی اگر از درد خفیف تا متوسط رنج بیرون، ابراز رضایتمندی می‌کنند. [۱۰] بنابراین بین کنترل درد پس از عمل و رضایتمندی بیماران ارتباط وجود دارد. [۱۸ و ۲۸-۲۹] در مطالعاتی نیز گزارش کردند برای بررسی رضایت بیمار از کاهش درد،

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 چهت تأیید عمومیت یافته‌های این مطالعه نیاز داریم.

تشکر و قدردانی

از استیضاح محتشم 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 می‌نماییم.

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 آنالجی 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


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. Roth W. 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

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 long-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.