



9789V



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

پایان نامه جهت دریافت مدرک کارشناسی ارشد پرستاری

عنوان :

**بررسی آگاهی و نگرش پرستاران شاغل در بخشهای جراحی مراکز
آموزشی - درمانی شهر رشت در مورد روشهای غیر دارویی تسکین درد**

استاد راهنما :

خانم شادمان رضا ماسوله

استاد مشاور :

خانم ساقی موسوی

مشاور آمار :

آقای امسان کاظم نژاد

پژوهش و نگارش :

رضا رضایی افرا

کارشناس ارشد آموزش پرستاری گرایش داخلی - جراحی

۹۶۵۹۷

شهریور ۸۲

کتابخانه تخصصی پرستاری
شهر رشت

۱۳۸۷ / ۱۵ / ۲۸

رضایی افرا، رضا

بررسی آگاهی و نگرش پرستاران شاغل در بخشهای جراحی

مراکز آموزشی - درمانی شهر رشت در مورد روشهای غیر دارویی تسکین درد

سال ۱۳۸۲/نگارش: رضای رضایی افرا؛ استاد راهنما: شادمان رضاماسوله.

۱۰۲ ص: مصور، جدول، نمودار

کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دانشکده

پرستاری و مامائی شهید بهشتی رشت، ۱۳۸۲.

۱. مراقبت پرستاری الف. رضا ماسوله، شادمان، استاد راهنما

ب. عنوان

WY · O · RT

K eywords:

کلید واژه ها:

Knowledge

آگاهی

Surgical Wards Hospital

بخش جراحی بیمارستان

Nursing Staff Hospital

پرستاران بیمارستان

Pain relief

درد - تسکین

Alternative Medicine

طب جایگزینی

Attitude

نگرش



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی در مانی میلان

دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

دفاع از پایان نامه

XX

مخاتم // آقای رضا رضائی انرا
دانشجوی کارشناسی ارشد این دانشکده در تاریخ
از پایان نامه تحصیلی خود تحت عنوان : بررسی آگاهی ، نگرش پرستاران شاغل در بخشهای جراحی
مراکز آموزش درمانی شهر رشت در مورد روشهای غیر دارویی تسکین درد ، سال ۸۲

جهت اخذ دانشنامه کارشناسی ارشد در رشته پرستاری (داخلیه و جراحی) دفاع نمودند و پایان نامه
ایشان بادرجه عالی رسید. به تصویب رسید. توفیق روزافزون ایشان را از درگاه
خداوند متعال خواستاریم.

محل امضاء
محل امضاء
محل امضاء
محل امضاء
محل امضاء
محل امضاء
محل امضاء

استاد راهنما : خانم شادمان رضاماسوله
استاد مشاور : خانم ساقی موسوی
استاد آمار : آقای احسان کاظم نژاد
استاد ناظر : خانم دکتر عاطفه قنبری
استاد ناظر : خانم مینو (میترا) چهارزاد
معاونت پژوهشی : خانم سیده نوشازمیرحقوقو
مسئول آموزش کارشناسی ارشد : خانم عزت پاریاد

رئیس دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی در مانی میلان

دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

بدینوسیله گواهی میشود:

تخلصم / آقای رضارضانی افرا..... پایان نامه خود را تحت عنوان: بررسی آگاهی، نگرش پرستاران شاغل در بخشهای جراحی مراکز آموزش درمانی شهر رشت در مورد دروسهای غیر دارویی تسکین درد، سال ۸۱/ با امتیاز..... در تاریخ..... ۸۲/۶/۲۰..... با تمام رسانده است.

استاد راهنما: خانم شادمان رضاماسوله

استاد مشاور: خانم ساقی موسوی

استاد مشاور آمار: آقای احسان کاظم نژاد

محل امضاء

محل امضاء

محل امضاء

با تشکر

رئیس دانشکده

« مَنْ عَلَّمَنِي مَرْفَعًا فَقَدْ صَيَّرَنِي مُنْبَغًا »

« هر کس یک حرف به من آموخت مرا یک عمر بنده خود ساخت »

«امام علی (ع)»

تقدیم به :

« روح پرفتوح و ملکوتی اول معلم انقلاب اسلامی حضرت امام

قمینی (ره) »

« پدر و مادر عزیزم که جهت کسب دانش و معرفت از هیچ تلاشی

برایم دریغ ننمودند »

« معلمان و استادانی که به گردن مقیر حق تعلیم و تربیت دارند »

« همسر و فرزندانم امیر محمد که در طول تحصیل صبورانه مشکلات را

تحمل کردند »

« برادران و فوهران عزیزم که در طی تحصیل مرا مورد لطف و محبت

و حمایت‌های بی دریغشان قرار دادند »

« همه پرستاران دلسوز و درد آشنا »

« سپاس و قدردانی »

« مَنْ لَمْ يَشْكُرِ الْمَخْلُوقَ لَمْ يَشْكُرِ الْخَالِقَ »

فدایا من به ستایش تو زبان به سخن می گشایم و عظمت و کبریایی تو را مورد ستایش قرار میدهم.

اکنون که خداوند یاریم نمود تا پایان نامه خویش را به پایان برسانم بر خود لازم می دانم که از همه کسانی که در مقاطع مختلف به ثمر رسیدن آن با حقیر مساعدت و همکاری داشته اند تشکر و قدردانی نمایم.

مراتب سپاس خالصانه خود را به استاد ارجمند سرکار خانم شادمان رضا ماسوله به عنوان استاد راهنما و ریاست محترم دانشکده که در طول پژوهش با دقت خاص مراحل مختلف پایان نامه را هدایت و راهنمایی فرمودند و عملاً چگونگی تحقیق را به من آموختند، تقدیم می دارم و از خداوند منان توفیق روز افزون ایشان را مسئلت دارم.

از استاد گرامی سرکار خانم ساقی موسوی به عنوان استاد مشاور که در طول پژوهش با صبر و طمأنینه تذکرات لازم را متذکر می شدند نهایت تقدیر و تشکر را دارم. از استاد گرامی جناب آقای احسان کاظم نژاد استاد محترم مشاور آمار که با ارائه پیشنهادات سازنده خود در تنظیم و استخراج مطالب آماری و جداول این پایان نامه حقیر را یاری نموده اند کمال تشکر و امتنان را دارم.

از اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت و دانشگاه تربیت مدرس سرکار خانم دکتر معاریان و خانم دکتر ونکی که در تهیه و تنظیم پرسشنامه حقیر را یاری نموده اند کمال تشکر و امتنان را دارم.

از سرکار خانم سیده نوشاز میرحق جو معاونت محترم آموزشی و سرکار خانم پاریاد مسئول محترم کارشناسی ارشد و کادر هیئت علمی و مربیان محترم دانشکده نهایت سپاس و تشکر را دارم.

از همکاران کتابخانه های دانشکده های پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت و نسیبه ساری که در طول پژوهش امکانات لازم جهت تحقیق را فراهم آوردند، کمال تشکر را دارم.

دانشگاه علوم پزشکی گیلان - دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

عنوان: بررسی آگاهی و نگرش پرستاران شاغل در بخشهای جراحی مراکز آموزشی درمانی شهر رشت در مورد روشهای غیردارویی تسکین درد، سال ۱۳۸۲
پژوهش و نگارش: رضا رضایی افرا
استاد راهنما: سرکار خانم شادمان رضا ماسوله

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - همبستگی است که به منظور بررسی آگاهی و نگرش پرستاران در مورد روشهای غیردارویی تسکین درد در بخشهای جراحی مراکز آموزشی - درمانی شهر رشت انجام گرفته است، نمونه های این پژوهش شامل ۸۳ پرستار شاغل در بخشهای جراحی مراکز آموزشی - درمانی شهر رشت بودند که بصورت سرشماری انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها در این تحقیق پرسشنامه ای سه قسمتی شامل مشخصات فردی، پرسشنامه مربوط به سؤالات آگاهی و ۱۰ عبارت سنجش نگرش نسبت به روشهای غیردارویی تسکین درد می باشد. روایی پرسشنامه از طریق اعتبار محتوا و جهت تعیین پایایی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده گردید. سؤالات آگاهی با ۱۵ سوال به سه بخش آگاهی بالا، متوسط و پایین دسته بندی شده است و نگرش سنجی نیز بر اساس مقیاس لیکرت تنظیم شده است، جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی نظیر آزمون آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون و تی تست بهره گرفته شد. نتایج پژوهش نشان داد که ۸ نفر (۹/۶٪) دارای آگاهی بالا، ۵۵ نفر (۶۶/۳٪) دارای آگاهی متوسط و ۲۰ نفر (۲۴/۱٪) دارای آگاهی پایین می باشند. همچنین ۵۱ نفر (۶۱/۴٪) دارای نگرش مثبت و ۳۲ نفر (۳۸/۶٪) دارای نگرش منفی می باشند و ارتباط بین آگاهی از روشهای غیردارویی تسکین درد و نگرش نسبت به این روشها معنی دار بود ($P < 0/02$) و همچنین نتایج پژوهش مبین وجود ارتباط معنی دار بین مطالعات شخصی ($P < 0/012$)، وضعیت تأهل ($P < 0/02$) و تجربه کار بالینی ($P < 0/013$) با میزان آگاهی می باشد و همچنین ارتباط بین دروس دانشگاهی و مطالعات شخصی با نگرش واحدهای مورد پژوهش معنی دار می باشد ($P < 0/002$ و $P < 0/04$)، در نهایت کاربرد نتایج پژوهش در حیطه های مختلف پرستاری بیان شد و پیشنهادات جهت پژوهش های بعدی ارائه گردید.

کلید واژه ها: آگاهی، نگرش، روشهای غیردارویی تسکین درد

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

« فصل اول »

- ۱ زمینه پژوهش
- ۸ اهداف پژوهش (هدف کلی و اهداف ویژه)
- ۹ سوالات پژوهش
- ۹ تعریف واژه ها
- ۱۲ پیش فرضها

« فصل دوم »

- ۱۴ چهار چوب پژوهش
- ۲۹ مروری بر مطالعات

« فصل سوم »

- ۴۷ نوع پژوهش
- ۴۷ جامعه پژوهش
- ۴۷ نمونه پژوهش
- ۴۸ روش نمونه گیری
- ۴۸ مشخصات واحدهای مورد پژوهش
- ۴۸ محیط پژوهش
- ۴۹ ابزار گردآوری اطلاعات
- ۵۰ تعیین اعتبار علمی ابزار

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۵۰	تعیین پایایی علمی ابزار
۵۱	روش گردآوری داده ها
۵۱	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۵۲	ملاحظات اخلاقی
« فصل چهارم »	
۵۳	یافته های پژوهش
۵۴	نمودارها
۵۹	جداول
« فصل پنجم »	
۷۹	تجزیه و تحلیل داده ها
۹۳	نتیجه گیری نهایی
۹۴	کاربرد یافته ها
۹۶	پیشنهادات بر اساس یافته های پژوهش
۹۶	سایر پیشنهادات
۹۸	فهرست منابع فارسی
۱۰۰	فهرست منابع انگلیسی

پیوست

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
	نمودار شماره ۱:
۵۴	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن
	نمودار شماره ۲:
۵۴	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب جنس
	نمودار شماره ۳:
۵۵	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سابقه کار بالینی
	نمودار شماره ۴:
	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سابقه کار در
۵۵	بخشهای جراحی
	نمودار شماره ۵:
۵۶	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت تأهل
	نمودار شماره ۶:
۵۶	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مدرک تحصیلی
	نمودار شماره ۷:
۵۷	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نوبت کاری
	نمودار شماره ۸:
۵۷	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب منبع کسب آگاهی
	نمودار شماره ۹:
	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب آگاهی از روشهای
۵۸	غیردارویی تسکین درد
	نمودار شماره ۱۰:
	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نگرش نسبت به روشهای
۵۸	غیر دارویی تسکین درد

فهرست جداول

صفحه	عنوان
	جدول شماره ۱:
	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب پاسخ به سؤالات آگاهی در
۵۹	مورد روشهای غیردارویی تسکین درد
	جدول شماره ۲:
	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان آگاهی از روشهای
۶۰	غیردارویی تسکین درد و سن
	جدول شماره ۳:
	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان آگاهی از روشهای
۶۱	غیردارویی تسکین درد و جنس
	جدول شماره ۴:
	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان آگاهی از روشهای
۶۲	غیردارویی تسکین درد و مدرک تحصیلی
	جدول شماره ۵:
	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان آگاهی از روشهای
۶۳	غیردارویی تسکین درد و سابقه کار بالینی
	جدول شماره ۶:
	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان آگاهی از روشهای
۶۴	غیردارویی تسکین درد و سابقه کار در بخشهای جراحی

فهرست جداول

صفحه	عنوان
	جدول شماره ۷:
	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان آگاهی از روشهای غیردارویی تسکین درد و وضعیت تأهل ۶۵
	جدول شماره ۸:
	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان آگاهی از روشهای غیردارویی تسکین درد و منابع کسب آگاهی ۶۶
	جدول شماره ۹:
	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان آگاهی از روشهای غیردارویی تسکین درد و نوبت کاری ۶۷
	جدول شماره ۱۰:
	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان آگاهی و نگرش نسبت به روشهای غیردارویی تسکین درد ۶۸
	جدول شماره ۱۱:
	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نحوه پاسخگویی به عبارتهای مربوط به نگرش نسبت به روشهای غیردارویی تسکین درد . ۶۹
	جدول شماره ۱۲:
	توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نگرش نسبت به روشهای غیردارویی تسکین درد و جنس ۷۲

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول شماره ۱۳:	
توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نگرش نسبت به روشهای غیردارویی تسکین درد و سن ۷۲	
جدول شماره ۱۴:	
توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نگرش نسبت به روشهای غیردارویی تسکین درد و مدرک تحصیلی ۷۳	
جدول شماره ۱۵:	
توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نگرش نسبت به روشهای غیردارویی تسکین درد و سابقه کار بالینی ۷۴	
جدول شماره ۱۶:	
توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نگرش نسبت به روشهای غیردارویی تسکین درد و سابقه کار در بخشهای جراحی ۷۵	
جدول شماره ۱۷:	
توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نگرش نسبت به روشهای غیردارویی تسکین درد و منابع کسب آگاهی ۷۶	
جدول شماره ۱۸:	
توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نگرش نسبت به روشهای غیردارویی تسکین درد و وضعیت تأهل ۷۷	
جدول شماره ۱۹:	
توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نگرش نسبت به روشهای غیردارویی تسکین درد و نوبت کاری ۷۸	

فصل اول

زمینه پژوهش

محبوب ترین اعمال نزد پروردگار سه چیز است: سیرکردن انسان گرسنه، پوشاندن انسان برهنه و کم کردن درد و رنج انسان دردمند (رسول اکرم ص). درد یک مشکل بهداشت جهانی است که از لحظه تولد تا آخرین مرحله حیات ما وجود دارد و یا ترس از آن انسان را رنج می دهد (برزو و فعله گری، ۱۳۸۱، صفحه ۲) شاید درد عمومی ترین فشار روانی^۱ باشد که با آن مواجه می شویم. از ابتدای تاریخ بدون بشر، تلاش برای کنترل درد، از اهداف اصلی آدمی بوده است.

در پاپیروس های مصری مربوط به ۴۰۰۰ سال ق.م اشاراتی در مورد درمان درد یافت شده است. اما علیرغم این تاریخ طولانی و با وجود پیشرفت دانش فیزیولوژی حسی و نیز علم تشریح و با وجود ساخت داروهای ضد درد قوی، ابداع روش های نوین پزشکی و جراحی های نوین، رهایی از درد همچنان برای بسیاری از بیماران، امری دور از دسترس باقی مانده است. در واقع هنوز هم درد، برای بیمار، خانواده او، مراقبان بهداشتی و کل جامعه مشکل اساسی به شمار می آید (اصغری مقدم و همکاران ۱۳۸۱- صفحه ۲).

درد نشانه عمومی اکثر بیماریها و عاملی است که بیمار را متوسل به اقدامات درمانی و یافتن راهی برای تسکین و کاهش درد با استفاده از روشهای مختلف فیزیکی، روانی و... می کند (اسملتزر و بیر^۲، ۲۰۰۰، صفحه ۱۷۵). بلاکلی و پیج^۳ (۲۰۰۱) درد را جزء غیرقابل اجتناب بیماریها و اعمال جراحی می دانند که در مراقبتها از آن غفلت می شود (صفحه ۱۶۷) و در رابطه با تأثیر روانی درد در بیماران

1- Stress

2- Smeltzer & Bare

3- Blakely & Page

فپیس و همکاران^۱ (۱۹۹۹) معتقدند مددجویان در فرایند درمان طبی یا جراحی از هیچ چیز به اندازه درد بیمناک نیستند (صفحه ۲۹۷). سومر و پونتیلو^۲ (۲۰۰۱) درد ناشی از اقدامات جراحی را درد حادی می دانند که با ترشح مواد شیمیایی مانند هیستامین، سروتونین، برادی کینین و پروستاگلاندین که در پاسخ به آسیب بافتی ترشح می شوند در ارتباط بوده و اثرات منفی روانی و فیزیولوژیک بر بیمار ایجاد می کند، اثرات فیزیولوژیک منفی درد بر بدن شامل افزایش قند خون، افزایش کاتکولامین ها و ترشح هورمون ضد ادراری و ترشح کورتیزول، کاهش اکسیژن خون، اختلال در بهبود زخم و افزایش خطر عفونت می باشد و همچنین درد موجب بی قراری، بی خوابی، اضطراب و افزایش فشار خون، اختلال در ریتم قلب و افزایش مصرف اکسیژن میوکاردمی می شود که با کاهش درد پاسخهای فیزیولوژیکی منفی کاهش می یابد (صفحه ۲۳۳). در زمینه درد جراحی الهی (۱۳۸۰) می نویسد علیرغم پیشرفتهای چشمگیری که در زمینه کنترل درد در دهه اخیر صورت گرفته، بیماران بسیاری در بیمارستانها و جامعه از درد رنج می برند و مدارک حاکی از آن است که ۲۱ درصد از بیمارانی که تحت عمل جراحی انتخابی قرار می گیرند در اولین روز بعد از عمل جراحی حالتی بین درد بسیار بد یا عذاب دهنده داشته و تقریباً ۷۰ درصد از بیماران از درد خیلی شدید شاکی می باشند (صفحه ۱۳۵). بر اساس مطالعات بعمل آمده توسط کوپلز^۳ (۱۹۹۹) سالانه تقریباً ۵۲ میلیون عمل جراحی در آمریکا انجام می شود که برآورد شکایت آنان از درد حاکی از این است که ۴۰ درصد آنان از درد بسیار شدیدی رنج می برند (صفحه ۵). همچنین اسملتزروبیور (۲۰۰۰) معتقدند $\frac{1}{3}$ بیماران بعد

-
- 1 - Phipps et al
 - 2 - Summer & Puntillo
 - 3 - Coppels

از عمل دچار درد شدید، $\frac{1}{3}$ دیگر دچار درد متوسط و $\frac{1}{3}$ باقی مانده یا درد ضعیف را تجربه می کنند یا شکایتی در این خصوص ندارند (صفحه ۴۴۴).

آشبورن و روبینگ^۱ (۱۹۹۹) نیز تجربه درد بدنبال عمل جراحی را نگرانی عمده ۷۵ درصد از بیماران در مرحله قبل از عمل دانسته و اعلام می دارند ۷۷ درصد بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می گیرند، درد بعد از عمل را تجربه می کنند که ۸۰ درصد موارد شدت درد در حد متوسط تا شدید بوده که تأکیدی است بر توجه به مقابله و درمان درد پس از عمل در برنامه ریزی کلی مراقبت از مددجویانی که تحت عمل جراحی قرار می گیرند (صفحه ۱۱). در تأیید این مطلب رفیعیان و راستی (۱۳۷۹) نیز می نویسند: ثابت شده است که کاهش درد با روشهای مناسب موجب کم شدن مرگ و میر ناشی از جراحیهای بزرگ می شود زیرا درد بعد از عمل می تواند موجب تغییراتی در فعالیت قلبی، عروقی، ریوی، گوارشی و عضلات اسکلتی گردد. بطور مثال: درد بعد از عمل منجر به سفتی عضلات قفسه سینه، شکم و دیافراگم شده و باعث می شود که بیمار از تنفس عمیق اجتناب کند و همین مسئله ممکن است موجب مشکلات تنفسی در بیمار شود، همچنین محدودیت حرکتی ناشی از درد زمینه ساز ایجاد ترومبوز و آمبولی ریوی می باشد. کاتکول آمین ها و دیگر مواد بیولوژیکی که در اثر درد آزاد می شوند نیز سبب انقباض عروق و افزایش فشار خون شده و احتمال حملات مغزی، انفارکتوس میوکارد و خونریزی را زیاد می کنند (صفحه ۴۴۲). و اینجاست که تسکین درد در استانداردهای مراقبتی و پرستاری می بایست در اولویت قرار گیرد (معماریان، ۱۳۷۸، صفحه ۹). در این راستا هامرین و یونوسون^۲ (۲۰۰۲) نیز تسکین درد پس از جراحی را نشانه بهبود کیفیت مراقبت در بخشهای جراحی می دانند

1- Ashburn & Rubingh
2- Hamrin & Unosson

(صفحه ۵۳۳). تیتلر و راکل (۲۰۰۱) و دیکیسر و همکاران^۱ (۲۰۰۱) تسکین درد پس از عمل جراحی را مداخلات دارویی و غیر دارویی می دانند (صفحه ۴۲) و (صفحه ۲۲۱) که البته این داروها علاوه بر اثرات مفید درمانی عوارضی نیز به دنبال دارند که شامل گیجی و یا اختلال در حرکت، تضعیف تنفس، کاهش فشار خون، خواب آلودگی، تهوع، یبوست، اسپاسم مجرای صفراوی، استفراغ، اعتیاد، اختلالات گوارشی، خونی، کلیوی و عوارض مغزی را می توان نام برد (نیکل و اسمیت^۲، ۲۰۰۱، صفحه ۲۰۷). مطمئناً مسکن ها نمی توانند به تنهایی تسکین بخش مناسبی برای درد به شمار آیند. بدین جهت درمانهای تکمیلی و روشهای غیردارویی تسکین درد توجه سیستم های پرستاری امروزی را به خود جلب کرده است و بیماران نیز علاقه به استفاده از روشهای غیردارویی دارند (گرایلیش و همکاران^۳، ۲۰۰۰، صفحه ۲۲۲). از سوی دیگر روشهای غیردارویی تسکین درد موجب تقویت اثرات داروهای مسکن پس از عمل جراحی نیز می شود (گود و همکاران^۴، ۲۰۰۱، صفحه ۲۱۰). تیتلر و راکل^۵ (۲۰۰۱) نیز روشهای غیردارویی تسکین درد را موجب کاهش مصرف داروهای مسکن، افزایش فعالیت بیمار، کاهش اضطراب و افزایش قدرت تطابق بیمار و افزایش همکاری خانواده در مراقبت از بیمار می دانند (صفحه ۲۲۱). همچنین دیکیسر و همکاران (۲۰۰۱) روشهای غیردارویی تسکین درد را پایه و اساس کار پرستار معرفی می کند. (صفحه ۴۲) روشهای غیر دارویی تسکین درد یا درمانهای تکمیلی شامل روشهای شناختی، رفتاری و فیزیکی می باشد که با کاربرد آنها مصرف داروهای مسکن کاهش می یابد (دونا و همکاران، ۱۹۹۹، صفحه ۱۳۷). تحقیقات به عمل آمده در رابطه با تاریخچه

-
- 1- Dekeyser et al
 - 2- Nickel & Smith
 - 3- Gralish et al.
 - 4- Good ; et al
 - 5- Titler & Rakel

بکارگیری روشهای غیردارویی درمان درد توسط لیچ^۱ بیانگر آن است که استفاده از ماساژ به عنوان یک مداخله درمانی یک قدمت هزار ساله دارد، همچنین یک صد سال از شروع کاربرد سرما برای درمان تعدادی از بیماریها و تسکین درد می گذرد و نیز استفاده از گرمای سطحی برای درمان درد یک تاریخچه طولانی دارد (شانکار و راندال^۲، ۲۰۰۲، صفحه ۴۷). با تمام این اوصاف در همه بیماران صرفاً استفاده از یک روش برای تسکین درد پیشنهاد نمی شود، چه بسا در موارد خاص استفاده از یک داروی مسکن موثرتر باشد. هم چنین بکارگیری روشهای دارویی و غیردارویی توأماً در برخی موارد می تواند کامل کننده یکدیگر بوده و ضمن تسکین درد بیمار نیاز به مصرف داروهای ضد درد را کاهش دهد (دویت^۳، ۲۰۰۱، صفحه ۶۱۲). روشهای غیر دارویی تسکین درد به عنوان درمانی مستقل و یا توأم با سایر درمانها قابل اجرا است و از هزینه سنگین طولانی شدن اقامت بیماران، اشغال تخت های بیمارستان و نیز صرف هزینه و انرژی بیشتر در جهت ارائه مراقبت های درمانی جلوگیری می نماید. با توجه به اینکه تسکین درد پس از عمل جراحی به طریق غیردارویی و غیر تهاجمی در جهت ارتقاء بهداشت و سلامت جامعه بوده و نیز برخی از بیماران تمایلی به مصرف داروهای ضد درد بدلیل وجود عوارض آن ندارند، از سوی دیگر باعث کاهش هزینه های درمانی شده و با تاثیر مثبتی که متعاقب تسکین درد در بیمار ایجاد می کند، نوعی و به میزان قابل ملاحظه ای از بروز مشکلات روانی و جسمی ناشی از تنیدگی شغلی پرستاران نیز پیشگیری می نماید و این امکان را برای پرستاران فراهم می سازد تا در ارتباط با ارائه مراقبت مؤثر به بیماران احساس رضایت نمایند (دیکیسر و همکاران، ۲۰۰۱، صفحه ۴۱) در مورد اهمیت آگاهی و نگرش پرستاران در

1- Licht

2- Shankar & Randall

3- Devite