

بررسی رضایتمندی بیماران از کنترل درد پس از الکتروشوک درمانی با روش ماساژبازتابی در بیماران مبتلا به افسردگی

مریم علی اشرف جودت^۱, لیلا آلیلو^{۲*}, سهیلا آهنگر زاده رضایی^۳, رسول قره آغاجی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۱۲/۰۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۲/۰۹

چکیده

پیش زمینه و هدف: درد از مهم‌ترین عوارض پس از الکتروشوک درمانی می‌باشد. نادیده گرفته شدن این درد باعث کاهش رضایتمندی بیماران می‌شود. این پژوهش با هدف بررسی رضایتمندی بیماران از کنترل درد پس از الکتروشوک درمانی با روش ماساژبازتابی در بیماران مبتلا به افسردگی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده است که بر روی ۵۶ بیمار مبتلا به افسردگی که در زمان نمونه‌گیری جهت دریافت الکتروشوک-درمانی به واحد الکتروشوک درمانی مرکز آموزشی-درمانی روان‌پزشکی رازی ارومیه مراجعه نمودند. رعایت معیارهای ورود و تخصیص تصادفی طبقه‌ای به دو گروه کنترل و مداخله انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی-اجتماعی، مقیاس بصری سنجش درد و پرسشنامه بررسی رضایتمندی بیمار بود. در گروه مداخله محل و شدت درد با استفاده از اشکال آدمک و ابزار بصری سنجش درد توسط بیمار تعیین و ماساژبازتابی به مدت ۲۰ دقیقه در نقاط بازتابی انجام و فرم رضایتمندی بیمار تکمیل شد. نتایج حاصله با نتایج رضایتمندی بیماران گروه کنترل با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 تحلیل آماری شد.

یافته‌ها: نتایج اختلاف آماری معنی‌داری را بین میانگین نمرات رضایتمندی واحدهای مورد پژوهش را نشان داد. به عبارتی ماساژبازتابی در کاهش معنی‌دار شدت درد پس از الکتروشوک درمانی در بیماران مبتلا به افسردگی و افزایش رضایتمندی بیماران از کنترل شدت درد مؤثر بوده است ($P < 0.001$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان پیشنهاد کرد که با گنجاندن ماساژبازتابی در طرح تدبیر پرستاری برای کنترل عوارض پس از درمان‌های طبی، باعث افزایش رضایتمندی بیماران و ماندگاری آنان در برنامه درمانی شد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، الکتروشوک درمانی، درد، ماساژبازتابی، رضایت بیماران

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره چهارم، پی‌درپی ۱۱۷، تیر ۱۳۹۸، ص ۲۷۲-۲۸۱

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۴۴۳۱۹۳۷۳۰۰

Email: Aliluleyla@gmail.com

خود خواهد کرد (۳). با وجود ماهیت مزمن و طولانی مدت اختلالات روانی، آن دسته از بیمارانی که تحت درمان هستند، می‌توانند همانند سایر افراد جامعه به صورت مؤثر به فعالیت اجتماعی خود ادامه دهند (۱). الکتروشوک درمانی یکی از درمان‌های زیست‌شناختی مهم در درمان بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانی است و در واقع شایع‌ترین مورد مصرف الکتروشوک درمانی اختلال افسردگی اساسی است (۲).

الکتروشوک درمانی با بیش از ۲۰ سال از زمان معرفی، به عنوان درمانی مؤثر در روان‌پزشکی، با اثربخشی بی‌نظیر و ایمن، مورد توجه

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که در تمام گروههای سنی دیده می‌شود تا جایی که برخی از پژوهشگران از آن به عنوان سرماخوردگی اختلالات روانی نام بردند (۱). افسردگی با آسیب سلامت روان بر ابعاد دیگر سلامت از جمله سلامت جسمانی و سلامت اجتماعی نیز تأثیرگذار است (۲).

پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی این است که افسردگی تا سال ۲۰۳۰ به رتبه نخست بار بیماری‌ها در کشورهای توسعه‌یافته و رتبه دوم را در کشورهای در حال توسعه پس از بیماری ایدز از آن

^۱دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ استادیار گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ دانشیار گروه آمار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

یکی از این مهارت‌ها استفاده از روش‌های مراقبتی مکمل (جایگزین) است که در سال‌های اخیر موردنمود توجه قرار گرفته است (۱۰). متدالو-ترین روش‌های مراقبتی مکمل کنترل درد، ماساژ بازتابی است که هم باعث سازش بیشتر بیمار با درد شده و هم درک درد، ترس و اضطراب را کاهش داده، درد را برای بیمار قابل تحمل می‌نمایند (۱۱). افزایش طول اثر داروهای ضددرد و کاهش دوز مصرفی دارو، از فواید دیگر این روش‌ها می‌باشد (۱۲). همچنین کاهش ترس و اضطراب از دردی که توسط این روش‌ها به وجود می‌آید، باعث ایجاد نوعی احساس کنترل در فرد شده و نهایتاً منجر به ارتقای راحتی و بهبود خواب و استراحت بیمار می‌شود (۱۱).

با تحریک برخی نقاط خاص در سطح بدن که در کف پا یا دست یافت می‌شوند و به صورت آینه‌ای کوچک منعکس‌کننده تمام نقاط بدن هستند، می‌توان بر سیستم‌های بدن تأثیر گذاشت (۱۳). به عبارتی انرژی از طریق مناطق عمودی در سراسر بدن از سمت پا به سمت سر جریان دارد و اعمال فشار بر یک نقطه بازتابی در دست یا پا می‌تواند روی تمام اندام‌ها از جمله غدد، استخوان‌ها و عضلات اثر نماید (۱۴). یکی از نظریه‌هایی که در زمینه ماساژبازتابی پا مطرح است، این است که، تنفس‌ها و فشارهای روانی مسئول ۷۵ درصد مشکلات روانی انسان‌ها است و چون در هر پا ۷۰۰۰ عصب وجود دارد، بنابراین ماساژ پاها و تحریک این سلول‌های عصبی، باعث آرامش و کاهش تنش می‌شود و درنتیجه بدن را به تعادل باز می‌گرداند (۱۵). مزیت دیگر این روش این است که افراد متخصص و یا حتی افراد عادی که این روش را آموخته‌اند، می‌توانند آن را جهت کاهش درد و اضطراب بیماران به کار گیرند (۱۶).

مروری بر مطالعات نشان می‌دهد باوجود اینکه اکثر مطالعات در زمینه ماساژبازتابی در کشور ایران انجام شده است ولی نتایج آن در مراقبت‌های پرستاری از بیماران کاربردی نشده و حتی بسیاری از پرستاران و سایر کادر درمان از روش کاربرد آن اطلاعی نداشته و یا اعتقادی به مؤثر بودن آن ندارند، این مسئله باعث می‌شود که جای کار در این زمینه همچنان فراهم باشد. علاوه بر آن، مطالعات در زمینه ماساژبازتابی بر بیماری‌های جسمی از جمله بیماران ارتوپدی، قلبی، سرطانی و زایمان متتمرکز بوده و در بیماران مبتلا به اختلالات روانی مطالعه‌ای انجام نشده است. لذا بر آن شدیدم که با انجام این مطالعه، از فواید این روش سنتی در مدیریت درمان بیماران مبتلا به افسردگی استفاده گردد. بیماری‌ای که اکثراً گروه‌های سنی مولد را درگیر کرده و بر اساس آمارهای سازمان بهداشت جهانی با شیوع روزافزون، کاهش سن ابتلا و افزایش خطر خودکشی همراه است. بیماری‌ای که در صورت عدم درمان به موقع و کامل سیری مزمن

قرار گرفته است (۴). معرفی الکتروشوک درمانی برای درمان بیماری‌های جدی روانی مانند افسردگی و اختلال دوقطبی یک انقلاب در روان‌پژوهی بود (۲). میزان پاسخ بالینی بیماران افسرده بین ۸۰ تا ۱۰۰ درصد گزارش شده است، طوری که به عنوان سریع-ترین و مؤثرترین درمان افسردگی اساسی معرفی شده است (۵). با وجود آنکه بر اساس شواهد بالینی اثربخشی و ایمنی الکتروشوک درمانی به خوبی ثابت شده است این روش درمانی نیز مانند اکثر درمان‌های پژوهی با تعدادی از عوارض جانبی همراه است (۲). سردرد، درد عضلانی، تهوع، سرگیجه، فراموشی، دلیریوم از عوارض عضلانی شایع‌ترین عوارض پس از الکتروشوک درمانی به حساب می‌آیند و بیشتر از یک‌سوم بیماران دریافت‌کننده الکتروشوک درمانی سردرد و درد عضلانی را تجربه می‌نمایند (۲).

بر اساس استانداردهای کمیسیون تأییدکننده سازمان‌های ارائه خدمات بهداشتی (JCAHO)^۱ در به عنوان پنج‌مین علامت حیاتی در نظر گرفته می‌شود که بایستی از زمان پذیرش تا تاریخی به طور منظم بررسی شود. (۶) در سال ۱۹۹۵ کمبل از جامعه درد آمریکا مطرح کرد که در مراقبت از بیماران پنج علامت حیاتی فشارخون، نبض، تنفس، درجه حرارت و سطح درد باید بررسی، ثبت و سپس مداخله موردنظر صورت گیرد (۷). اکثر بیماران در روز بعد از دریافت الکتروشوک درد و ناراحتی زیادی را تجربه می‌کنند ولی بر اساس مشاهدات پژوهشگر این درد طبیعی و گذرا تلقی شده و فقط در موارد شدید برای رفع این درد اقداماتی انجام می‌شود. درواقع عوارض کنترل نشده بهخصوص درد کنترل نشده یکی از مواردی است که به علت آن بیمارانی که مدت معینی برای آن‌ها جلسات الکتروشوک درمانی تعیین شده است از ادامه درمان منصرف شده و درمان ناقص باعث تشديد بیماری می‌گردد. علاوه بر این جلب رضایت بیمار هدف اصلی تیم بهداشتی است که به عنوان یک برنامه ارتقای کیفیت در بیمارستان‌ها قابل اجرا است رضایت بیماران از کنترل عوارض ناخواسته ناشی از درمان‌های طبی باعث تسريع بهبودی و حساس بودن پرستاران به نیازهای بیماران و بهبود مدل‌های مراقبتی می‌شود (۸,۹). در چند مطالعه نشان داده شده بیمارانی که درد کمتری داشتند، رضایت بیشتری از پژوهشکان و پرستاران ابراز کردند و به عوارض بسیار کمتری دچار شدند. درواقع به عنوان یک اقدام پرستاری برقراری ارتباط مؤثر با بیمار، درک مشکلات وی و تلاش برای رفع آن‌ها با استفاده از علم، مهارت و هنر پرستاری اقدامی است که علاوه بر آن که باعث تسريع بهبودی بیماران می‌شود بلکه باعث رضایتمندی بیماران و ماندگاری آن‌ها در برنامه درمانی می‌گردد.

¹ Joint commission international accreditation standards for the care continuum

همکاری لازم برای دریافت مداخله، ایجاد توهمندی و هذیان در بیمار و عدم توانایی در تحمل ماساژ به علت حساسیت به لمس در ناحیه موردنظر بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه جمعیت شناسی، مقیاس بصری سنجش درد و پرسشنامه رضایتمندی بیمار بود. اطلاعات جمعیت شناختی مشتمل بر سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سابقه بستری و بیماری قبلی، تعداد جلسات الکتروشوک درمانی، سابقه دریافت الکتروشوک درمانی و مصرف داروی مسکن در طول بستری می‌باشد. برای سنجش شدت درد واحدهای مورد پژوهش از مقیاس بصری سنجش درد استفاده شد. مقیاس بصری درد، یک خط ده سانتی متری است که در یک انتهای آن بی‌دردی و در انتهای دیگر آن بدترین درد قابل تصور مشخص می‌شود. بیمار به راحتی این خط را علامت زده تا شدت دردش را مشخص کند برای درک بهتر ابزار در پایین آن از یک خط کش افقی که از ۰-۱۰ تقسیم بندی شده است و شدت درد را می‌سنجد استفاده شد. در این خط کش عدد صفر، به معنای بی‌دردی و عدد ۱ تا ۳ بیان گر درد خفیف، عدد ۴ تا ۶ بیان گر درد متوسط، عدد ۷ تا ۱۰ به معنای درد شدید و عدد ۱۰، به معنای شدیدترین درد ممکن می‌باشد. در این ابزار، کاهش ۵۰-۳۰ درصد نمره درد نشانه کفایت درمان است. در این مطالعه، ابتدا چگونگی استفاده از این مقیاس به واحدهای مورد پژوهش آموزش داده شده و سپس شدت درد آن‌ها ثبت شد به این منظور از بیماران خواسته شد که شدت درد خود را با توجه به محل درد ابتدا بروی تصویر آدمک که به این منظور تهیه شده را با علامت مشخص کرده و سپس به صورت جداگانه با یکی از اعداد در مقیاس بصری سنجش درد مطابقت داده و علامت گذاری نمایند مقیاس بصری سنجش درد در سال ۱۹۷۵ توسط میلزاك ابداع شده و از آن پس در مطالعات متعددی مورد آزمون قرار گرفت و امروزه به عنوان یکی از مقیاس‌های درجه بندی درد مطرح است. روایی و پایایی ابزار بصری در سال ۱۹۸۳ توسط کارلسون و در سال ۲۰۰۸ توسط بونسترا مورد تأیید قرار گرفته است. (۱۷, ۱۸) این ابزار در ایران نیز مورد استفاده قرار گرفته است. (۱۹) پایایی این ابزار در مطالعات متعدد برسی و با ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0.75$) و ($\alpha=0.89$) مورد تأیید قرار گرفت (۲۰). برای سنجش میزان رضایتمندی بیماران از پرسشنامه رضایتمندی بیماران از کنترل درد استفاده شد. پرسشنامه رضایتمندی از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (بسیار ناراضی تا بسیار راضی) پس از مروری بر متون و مقالات تهیه و تنظیم شد (۲۱) که شامل: بسیار راضی نمره ۴، راضی نمره ۳، نسبتاً راضی نمره ۲، ناراضی نمره ۱ و بسیار ناراضی نمره صفر داده می‌شد که بیماران یکی از آیتم‌های آن را انتخاب نمودند.

یافته و درمان آن مستلزم بسترهای طولانی و بسترهای مجدد است که آن‌ها بهنوبه خود باعث تحمیل هزینه‌های اقتصادی بالایی بر دولت‌ها و خانواده‌ها می‌شود.

همچنین با احیای این روش درمانی سنتی در بالا بردن سطح آگاهی پرستاران در امر مراقبت از بیماران با بیشترین بهره‌مندی ممکن از علم و هنر پرستاری، در کاهش آلام و افزایش رضایتمندی بیماران به ویژه بیماران مبتلا به اختلالات روانی تأثیراتی مثبت ایجاد کرد.

مواد و روش کار

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی طبقه‌ای با گروه مداخله و کنترل است. جامعه مورد مطالعه این پژوهش را بیماران مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده جهت دریافت الکتروشوک درمانی به واحد الکتروشوک درمانی مرکز آموزشی - درمانی روان‌پژوهی رازی ارومیه در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که دارای معیار ورود به پژوهش بودند. جهت محاسبه نمونه‌ها از فرمول زیر استفاده شده است.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha} + z_{\beta})^2 (s_1^2 + s_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

بر اساس مطالعه مشابه میانگین و انحراف معیار شدت درد بعد از مداخله در گروه کنترل ($\pm 1/9$) و در گروه مداخله ($\pm 1/5$) در نظر گرفته شد و به منظور دستیابی به توان آزمون ۹۰ درصد و اطمینان ۹۵ درصد و با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۵ درصدی، اندازه نمونه با استفاده از رابطه‌ی بالا محاسبه گردید. پس از جائزه اعداد حجم نمونه برای هر گروه حداقل $18/3$ نفر به دست آمد. با توجه به اثر طرح نمونه‌گیری عدد حاصله به عدد یک و نیم ضرب شد و عدد ۲۷.۴۵ به دست آمد که درنهایت تعداد ۲۸ نفر برای هر گروه تعیین شد. احتمال ریزش در این مطالعه صفر در نظر گرفته شد.

بدین‌صورت ۵۶ بیمار به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای بر اساس جنس و با قرعه‌کشی به دو گروه مداخله (۲۸ نفر) و کنترل (۲۸ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن سن ۱۸-۶۵ سال، داشتن یکی از انواع افسردگی که نیاز به انجام ECT داشته باشد، نبودن بیمار در فاز حاد سایکوز، نداشتن آنومالی واضح در اندام‌ها، تمایل و رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، نداشتن بیماری‌های زمینه‌ای مانند دیابت، هیپوتیروئیدی، هیپوپاراتیروئیدی، نداشتن اختلال درکی، اضطرابی و اختلال درواقعیت سنجی آشکار و مشکلات بینایی حاد و کسب نمره ۳ یا بالاتر در مقیاس بصری سنجش درد و عدم استفاده از مسكن حداقل ۴ ساعت قبل از مداخله و معیارهای خروج از مطالعه شامل نداشتن

الکتروشوک درمانی مرکز روان‌پزشکی رازی به بیماران داده می‌شود عموماً از نوع دو طرفه می‌باشد.

پس از انتقال بیماران به ریکاوری و هوشیار شدن بیماران، که با استناد به منابع معتبر روان‌پزشکی مصادف با زمان شروع دردهای بیماران (سردرد و درد عضلانی) است و در بیشتر از یک‌سوم بیماران بروز می‌نماید، پژوهشگر در اتاق ریکاوری حضور یافته و در هر دو گروه مداخله و کنترل، محل و شدت درد واحدهای مورد پژوهش را با استفاده از تصاویر مربوطه و مقیاس بصری سنجش درد سنجدید. سنجش درد در این ابزار بر اساس خوداظهاری درد توسط بیمار می‌باشد و پژوهشگر دخالتی در تعیین شدت درد توسط بیمار نکرد. مداخله توسط پژوهشگر دوره دیده که با شرکت در کلاس آموزش ماساژ بازتابی در طی ۳۰ ساعت به صورت مباحثت تئوری، عملی و تمرینات تکمیلی مهارت لازم را کسب کرده انجام شد. در افراد تحصیص یافته در گروه مداخله، ماساژ بازتابی با استفاده از روغن زیتون بدون بو و بدون استفاده از دستکش انجام شد. ماساژ در محیطی آرام (تا حد امکانات بخش) انجام شد. پژوهشگر یونیفرم تمیز پوشیده و با خارج کردن انگشت و ساعت با دستان تمیز و ضد عفونی شده و قرار دادن بالش مخصوص زیر عضو دریافت‌کننده ماساژ، که به این منظور تهیه شده و با گرم کردن دستان خود به انجام مداخله پرداخت. در ضمن قبل از مداخله ضد عفونی دست و پاهای بیمار با استفاده از ژل آنتی باکتریال انجام شد. پس از گرم کردن اولیه عضو موردنظر که به صورت حرکات چرخشی ملایم (۱۰-۸ حرکت) در محل مج و مفصل انگشتان و همچنین با حرکات ملایم دست از مج دست یا پای بیمار به سمت انگشتان و بر عکس بود. نقاط بازتابی مربوط به سر و عضلات در دستها و پاهای (نوک انگشت شست و انگشت میانی) را با استفاده از چوب مخصوص رفلکسولوژی (استیک) با فشار ملایم و بدون ایجاد احساس درد، فشار داده و درنهایت ۲ دقیقه با استفاده از انگشت شست شبکه خورشیدی را که در مزر بین یک‌سوم فوقانی و میانی کف پا در قسمتی که چین پا در هنگام خم شدن کف پا تشکیل می‌گردد، قرار دارد را ابتدا به صورت ثابت به مدت ۲ دقیقه فشار داده و سپس به صورت دورانی ماساژ داده شد. منظور از ماساژ، حرکت انگشت شست یا سایر انگشتان به صورت دورانی در جهت حرکت عرقیهای ساعت و ممتد روی نقاط بازتابی بدون قطع شدن تماس با پوست می‌باشد. فشار وارده در حدی بود که یک‌سوم فوقانی انگشت پژوهشگر سفید گردد و بیمار نیز این فشار را احساس کند اما احساس درد نکند و در هر مرحله‌ای که انجام ماساژ بازتابی باعث ایجاد حس درد در بیمار گردد فشار در ناحیه مربوطه ادامه پیدا نکرد. کلیه مراحل مذکور در مدت ۲۰ دقیقه انجام شد و سپس عضو مورد ماساژ بیمار، با حوله تمیز خشک شده و گرم نگه داشته شد. در گروه مداخله پس از ۱۰ دقیقه

بعد از تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، پژوهش‌گر توسط شورای پژوهشی به معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه معرفی و با اخذ معرفی‌نامه از آن معاونت و دریافت کد اخلاقی به شماره ۱۵۲۷-۰۶-۳۳-۱۳۹۷ و کد IRCT به شماره ۳۱۷۴۸ به تاریخ ثبت ۱۳۹۷/۰۶/۱۷ به مسئولین مرکز آموزشی- درمانی روان‌پزشکی رازی ارومیه مراجعه و با کسب اجازه اقدام به پژوهش نمود. پژوهشگر در روزهای الکتروشوک درمانی (روزهای یکشنبه، سهشنبه و پنجشنبه) صبح اول وقت در واحد الکتروشوک درمانی مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی ارومیه حضور یافته و لیست بیماران دریافت‌کننده الکتروشوک درمانی را بررسی و بیماران مبتلا به افسردگی را با توجه به نظر روان‌پزشک و مستندات پرونده از میان لیست موجود انتخاب نموده و سپس انتخاب واحدهای مورد پژوهش بر اساس معیارهای ورود انجام شد. پژوهشگر خود را به بیمار (و در صورت حضور به خانواده بیماران منتخب)، معرفی کرده و با بیان اهداف مطالعه و پاسخ به سوالات احتمالی رضایت‌نامه و پرسشنامه‌های جمعیت شناسی را پر نمود. تحصیص واحدهای مورد پژوهش به گروههای مداخله و کنترل به صورت طبقه‌ای بر حسب جنس و تصادفی انجام شد. به این منظور در دو کیسه جداگانه و مشخص بر حسب جنس (مؤنث یا مذکر) به تعداد ۱۴ عدد، عدد یک و ۱۴ عدد، عدد دو را که بر روی قطعات مقوا نوشته شده‌اند را انداخت، هر کدام از واحدهای مورد پژوهش یکی از اعداد را از کیسه مربوط به گروه جنسی خود بیرون آورد، هر کدام از واحدهای مورد پژوهش که موفق به درآوردن عدد یک شد، در گروه مداخله و هر کدام از واحدهای مورد پژوهش که عدد دو را از کیسه بیرون آورد در گروه کنترل قرار گرفت. در پایان قرعه‌کشی چهارده واحد مورد پژوهش زن در گروه مداخله و چهارده واحد مورد پژوهش زن در گروه کنترل و همچنین چهارده واحد مورد پژوهش مرد در گروه مداخله و چهارده واحد مورد پژوهش مرد در گروه کنترل قرار گرفتند.

قبل از دریافت الکتروشوک درمانی آموزش استفاده از ابزار بصری سنجش درد به کلیه واحدهای مورد پژوهش داده شد. الکتروشوک درمانی هر هفت‌های فرد از ساعت هشت و سی دقیقه صبح لغایت آخرین بیمار طبق لیست ارسالی از بخش‌های بستری و بیماران سرپایی مراجعت کننده با دستور پزشک انجام می‌گیرد و بیماران بستری پس از هوشیاری کامل تحويل بخش شده و بیماران سرپایی تا اجازه ترخیص پزشک در ریکاوری تحت نظر بوده و سپس ترخیص می‌شوند. الکتروشوک درمانی طبق روال واحد مربوطه و بر اساس دستور پزشک معالج توسط همکاران واحد انجام می‌شد. شایان ذکر است که نوع الکتروشوکی که در واحد

بی‌سواد و یا با تحصیلات دانشگاهی بودند. با توجه به اینکه نیمی از افراد هر دو گروه زن بودند بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش خانه‌دار بودند. اکثر واحدهای مورد پژوهش هر دو گروه از نظر سابقه بستری و بیماری، سابقه داشتند. میانگین تعداد جلسات دریافت الکتروشوک درمانی در گروه کنترل ۶.۲۱ جلسه و در گروه مداخله ۶.۸۵ جلسه بود. اکثر واحدهای مورد پژوهش در گروه کنترل و مداخله سابقه دریافت الکتروشوک درمانی نداشتند. بر اساس نتایج آزمون کای دو و فیشر اختلاف معنی‌داری بین متغیرهای جمعیت شناسی در گروه کنترل و مداخله وجود نداشت. به عبارت دیگر دو گروه از نظر متغیرهای موردنظر همسان بود.

نتایج جدول ۲ نشان‌دهنده آن است که ۸۹.۲۸ درصد از کل واحدهای مورد پژوهش گروه کنترل از سردرد، ۵۳.۵۷ درصد از درد عضلانی و ۹۶.۴۲ درصد از واحدهای مورد پژوهش در گروه مداخله از سردرد و ۲۱.۴۲ درصد از دردهای عضلانی شاکی بودند و درواقع تعدادی از واحدها همزمان از سر درد و دردهای عضلانی شاکی بودند.

در جدول شماره ۳ تقسیم‌بندی نمرات رضایتمندی بدین صورت است که: نمره صفر به معنی سیار ناراضی، نمره ۱ به معنی ناراضی، نمره ۲ به معنی نسبتاً راضی، نمره ۳ به معنی راضی و نمره ۴ به معنی بسیار راضی بود و با توجه به نتایج این جدول ملاحظه می‌شود که واحدهای مورد پژوهش در گروه کنترل اکثراً ناراضی و در گروه مداخله راضی بودند. نتایج تست من ویتنی تفاوت معنی‌داری بین گروه کنترل و مداخله از نظر میانگین و انحراف معيار رضایت از کنترل درد در ۲۴ ساعت بعد از دریافت الکتروشوک درمانی وجود دارد ($P<0.001$).

نتایج جدول شماره ۴ درصد فراوانی رضایت ۲۴ ساعت اول بیماران در دو گروه کنترل و مداخله بر اساس تقسیم‌بندی میزان رضایتمندی را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج این جدول ۲۱.۴ درصد واحدهای مورد پژوهش در گروه کنترل از کنترل درد خود کاملاً ناراضی، ۵۰ درصد ناراضی، ۲۵ درصد نسبتاً راضی و ۳.۶ درصد راضی بودند و از واحدهای مورد پژوهش در گروه مداخله ۱۷.۹ درصد نسبتاً ناراضی ۷.۶ درصد راضی و ۲۱.۴ درصد کاملاً راضی بودند.

بعد از اتمام ماساژ‌بازتابی شدت درد با استفاده از ابزار بصری درد توسط بیمار سنجیده شد. در صورت مؤثر نبودن مداخله و ادامه درد در بیمار مسکن مطابق دستور پزشک درمانی با استفاده درد پس از یک ساعت از زمان دریافت الکتروشوک درمانی از ابزار بصری سنجش درد سنجیده شد و فقط روئین بیمارستان (قرص استامینوفن ۳۲۵ میلی گرم در صورت لزوم) توسط بخش مربوطه اجرا شد. با توجه به اینکه سر درد و درد عضلانی ناشی از الکتروشوک درمانی دردی حاد بوده معمولاً در طی نیم ساعت بعد از دریافت الکتروشوک بروز نموده و در طی ۲۴ ساعت از بین رفته یا کم می‌شود، مداخله فقط یکبار انجام شد. اما از آنجایی که احتمال برگشت درد بیماران در طی بیست و چهار ساعت بعد از دریافت الکتروشوک درمانی وجود دارد آموزش ماساژ بازتابی در نقاط بازتابی مربوطه به بیماران داده شد تا قبل از درخواست مسکن ماساژ‌بازتابی را خودشان انجام دهند. فرم رضایتمندی بیمار از کنترل درد در فردای روز دریافت الکتروشوک درمانی تکمیل گردید.

پس از وارد نمودن اطلاعات واحدهای مورد پژوهش در نرم‌افزار آماری SPSS-V24 با استفاده از آزمون شاپیرویلک توزیع جامعه آماری بررسی شد. از آنجایی که جامعه آماری توزیع نرمال نداشت از آزمون من ویتنی و ولکاکسون و اندازه‌گیری‌های تکراری برای تجزیه و تحلیل داده استفاده شد و با استفاده از آزمون کای دو و فیشر دقیق متغیرهای زمینه‌ای توصیف شد. تجزیه و تحلیل دادهای آماری انجام گرفت.

یافته‌ها

نتایج جدول شماره یک نشان می‌دهد که از ۵۶ واحد مورد پژوهش، به صورت مساوی ۱۴ واحد مورد پژوهش زن و ۱۴ واحد مورد پژوهش مرد در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. در گروه کنترل میانگین سن (۳۹.۳۹) یعنی اکثراً در ده سنی ۲۸ تا ۴۲ سال در گروه مداخله میانگین سن (۴۱) اکثراً در دو ده سنی ۲۸ تا ۴۲ و ۵۷ سال بودند. اکثر واحدهای مورد پژوهش در گروه کنترل و مداخله متأهل بودند. اکثر واحدهای مورد پژوهش در گروه کنترل تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند و در گروه مداخله اکثريت

جدول (۱): مقایسه اطلاعات دموگرافیک دو گروه کنترل و مداخله

نتیجه آزمون	گروه مداخله		گروه کنترل		متغیرها
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
Chi-Sq=.000 df=1 p=1.000	%۵۰	۱۴	%۵۰	۱۴	مرد
	%۵۰	۱۴	%۵۰	۱۴	زن
Chi-Sq=.987 df=3	%۱۷.۹	۵	%۱۷.۹	۵	کمتر از ۲۸ سال
	%۳۲.۱	۹	%۴۲.۹	۱۲	۲۸ تا ۴۲ سال

P=0.804	%۳۲.۱	۹	%۲۸.۶	۸	۴۳ تا ۵۷ سال	
	%۱۷.۹	۵	%۱۰.۷	۳	بیشتر از ۵۸ سال	
Fisher's Test=6.174	%۴۶.۶	۱۳	%۲۸.۶	۸	مجرد	
df=3	%۴۶.۶	۱۳	%۴۶.۴	۱۳	متاهل	
P=0.104	%.	.	%۱۷.۹	۵	مطلقه	وضعیت تأهل
	%۷.۱	۲	%۷.۱	۲	بیوه	
	%۳۵.۷	۱۰	%۱۴.۳	۴	بی‌سود	
Fisher's Test=5.390	%۱۰.۷	۳	%۷.۱	۲	خواندن و نوشت	
df=4	%۱۴.۳	۴	%۲۱.۴	۶	زیر دیپلم	وضعیت تحصیلی
P=0.248	%۱۰.۷	۳	%۲۸.۶	۸	دیپلم	
	%۲۸.۶	۸	%۲۸.۶	۸	دانشگاهی	
	%۲۸.۶	۸	%۲۵	۷	شاغل	
Fisher's Test=1.140	%۳.۶	۱	%۷.۱	۲	بازنیسته	
df=3	%۲۸.۶	۸	%۲۱.۴	۶	بیکار	وضعیت شغلی
P=0.947	%۳۲.۱	۹	%۳۹.۳	۱۱	خانهدار	
	%۷.۱	۲	%۷.۱	۲	در حال تحصیل	
chi-Sq=3.429	%۸۵.۷	۲۴	%۶۴.۳	۱۸	دارد	
df=1	%۱۴.۳	۴	%۳۵.۷	۱۰	ندارد	سابقه بیماری
P=0.064	%۷.۵	۲۱	%۵۷.۱	۱۶	دارد	سابقه بستری
Chi-Sq=1.991	%۲۵	۷	%۴۲.۹	۱۲	ندارد	قبلی
df=1	%۴۲.۹	۱۲	%۳۹.۳	۱۱	دارد	سابقه
P=0.158	%۵۷.۱	۱۶	%۶۰.۷	۱۷	ندارد	الکتروشوک
						درمانی
Chi-Sq=0.074						تعداد جلسات شوک
df=1						
P=0.786						
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
	۱.۹۹	۶.۸۵	۲.۰۷	۶.۲۱		

جدول (۲): توزیع محل درد نمونه‌ها در دو گروه کنترل و مداخله

محل درد	گروه	دادار		ندارد		کل	درصد	کل	درصد	تعداد	درصد	کل	درصد
		دادار	ندارد	ندارد	دادار								
سردرد	کنترل	۲۵	%۸۹.۲۸	۳	%۱۰.۷۲	۲۸	%۱۰۰						
مداخله	مداخله	۲۷	%۹۶.۴۲	۱	%۳.۵۸	۲۸	%۱۰۰						
درد عضلانی	کنترل	۱۵	%۵۳.۵۷%	۱۳	%۴۶.۴۲%	۲۸	%۱۰۰						
مداخله	مداخله	۶	%۲۱.۴۲%	۲۲	%۷۸.۵۷	۲۸	%۱۰۰						

جدول (۳): میانگین و انحراف معیار رضایت از کنترل درد در ۲۴ ساعت اول بیماران در دو گروه مداخله و کنترل

نیتی ویتنی من تست	کنترل		مداخله		ردیف گروه	
	رضایت از کنترل درد		نمره رضایت از کنترل درد			
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
P<0.001	۱.۱۰	۰.۷۸	۳.۰۳	۰.۶۳		

جدول (۴): درصد فراوانی رضایت ۲۴ ساعت اول بیماران در دو گروه کنترل و مداخله بر اساس تقسیم بنده میزان رضایتمند

درصد	تعداد	درصد	تعداد	کنترل		رضایت ۲۴ ساعت	گروه
				درصد	تعداد		
۰	۰	۲۱.۴	۶	۰	۰	کاملاً ناراضی	
۰	۰	۵۰	۱۴	۰	۰	ناراضی	
۱۷.۹	۵	۲۵	۷	۰	۰	نسبتاً ناراضی	
۶۰.۷	۱۷	۳۶	۱	۰	۰	راضی	
۲۱.۴	۶	۰	۰	۰	۰	کاملاً راضی	

ارائه شده در بیماران تحت جراحی قلب می‌شود (۲۴). مطالعه‌ای که توسط چیا-چین لین تحت عنوان کاربرد ابزار استاندارد انجمان درد آمریکا برای ارزیابی کیفیت فرایند کنترل درد در بین بیماران جراحی و انکولوژی انجام شد. نتایج نشان داد که با وجود اینکه بیماران از سطوح واقعی درد رنج می‌برند، از مراقبت‌های ارائه شده توسط پرسنل رضایت بالایی داشتند چرا که درک بیمار از کیفیت مراقبت و رضایت پیشرفت زیادی کرده و ارتباط خوب پرسنل باعث بهبود رضایت بیماران شده است (۲۵).

اهمیت دادن به درد و ناراحتی بیماران و کوشش در جهت رفع آن با افزایش رضایتمندی بیماران روند بهبودی بیمار را سرعت بخشیده و موجبات آرامش و افزایش کیفیت زندگی و درمانی راحت می‌گردد. روش راحت، کم هزینه و بی‌خطری مثال ماساژ بازتابی که آموزش آن به پرستاران، خانواده‌ها و حتی خود بیماران بسیار ساده و ممکن می‌باشد، در کنار مراقبت‌های پرستاری، بیماران را به دریافت کامل دوره درمانی تجوییزی، بدون درد و ناراحتی تشویق و درنهایت موجبات رضایتمندی آنان از مراقبت‌های پرستاری به ویژه کنترل درد را فراهم می‌آورد و بدین وسیله با درمان کامل و بهموقع بیماران، توأم با رضایتمندی می‌توان از نظر اقتصادی جلوی بسیاری از هزینه‌ها از جمله هزینه بستره طولانی و یا مجدد را گرفت.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگفته از پایان نامه کارشناسی ارشد گرایش روانپرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد. به این وسیله نویسنده‌گان مقاله از همکاری معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و همچنین از همه کارکنان و بیماران مرکز آموزشی-درمانی روان‌پزشکی رازی که صادقانه در انجام این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و سپاسگزاری می‌نمایند.

References

بحث و نتیجه‌گیری

حق دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مطابق استانداردها، جزء حقوق مسلم بیمار است و طبق استانداردهای نوین کمسیون مشترک در زمینه تأیید و ارزشیابی سازمان‌های مراقبتی درمانی، پرستار باید حقوق بیمار را به منظور بررسی مناسب درد و کنترل آن، شناسایی کند و در واقع یکی از حقوق تمامی بیماران، حق محفوظ ماندن از رنج و درد غیر ضروری می‌باشد به عبارتی هر فردی حق دارد که از امنیت برخوردار و در حوزه خدمات بهداشت و درمان تا حد امکان از رنج و درد در هر مرحله از بیماری به دور باشد (۲۶). در مطالعه حاضر ماساژ بازتابی سبب کاهش شدت درد پس از الکتروشوک درمانی در بیماران مبتلا به افسردگی شده و کاهش شدت درد باعث افزایش رضایتمندی واحدهای مورد پژوهش از کنترل درد گردید. به عبارتی ماساژ بازتابی در کاهش معنی دار شدت درد پس از الکتروشوک درمانی در بیماران مبتلا به افسردگی و افزایش رضایتمندی بیماران از کنترل شدت درد مؤثر بوده است. در زمینه رضایتمندی بیماران از کیفیت کنترل درد با روش رفلکسولوژی مطالعات بسیار کمی انجام شده است و در جمعیت مبتلا به افسردگی و یا دریافت کنندگان الکتروشوک درمانی هیچ مطالعه مشابهی در پایگاههای اطلاعاتی یافت نشد.

نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج حاصل از مطالعه‌ای که توسط شفیعی و همکاران تحت عنوان تأثیر ماساژ استروک سطحی بر رضایت و درک بیماران از کیفیت کنترل درد بعد از جراحی پیوند عروق کرونر انجام شده همخوانی دارد. پژوهشگران در این مطالعه به این نتیجه رسیدند که استفاده از ماساژ استروک سطحی می‌تواند باعث افزایش رضایت از کنترل درد بعد از عمل بیماران تحت پیوند عروق کرونر شود (۲۷). همچنین در مطالعه‌ای باثور و همکاران نشان دادند که استفاده از ماساژ سبب کاهش درد، اضطراب و تنفس عضلانی و همچنین افزایش احساس آرامش و رضایت بیماران از مراقبت‌های

1. Videbeck S, Videbeck S. *Psychiatric-mental health nursing*. Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
2. Kaplan BJ. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Tijdschrift voor Psychiatrie 2016;58(1):78-9.
3. Noorbala A, Darmari B, Riazi S, Lifestyle modifications in the prevention of common mental disorders, espically depressive disorders. Bimonthly Daneshvar Medicine 2014;22(113):1-12. (Persian)
4. Pfeiffer PN, Valenstein M, Hoggatt KJ, Ganoczy D, Maixner D, Miller EM, et al. Electroconvulsive therapy for major depression within the Veterans Health Administration. J Affect Disorders 2011;130(1):21-5.
5. Milev RV, Giacobbe P, Kennedy SH, Blumberger DM, Daskalakis ZJ, Downar J, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 4. Neurostimulation treatments. Can J Psychiatr 2016;61(9):561-75.
6. Berry, Patricia L. Dahl, June The new JCAHO Pain Standards: Pain Manag Nurs 2019;3-12.
7. Beck SL, Towsley GL, Berry PH, Lindau K, Field RB, Jensen S. Core aspects of satisfaction with pain management: Cancer patients' perspectives. J Pain Symptom Manag 2010; 39 (1): 100-15.
8. Yellen, E. The influence of nurse-sensitive variables on patient satisfaction. Assoc Oper Room Nurs 2003; 78 (5): 783-93.
9. Niemi-Murola L, Pöyhönen R, Onkinen K, Rhen B, Mäkelä A, Niemi TT. Patient satisfaction with postoperative pain management—effect of preoperative factors. Pain Manag Nurs 2007;8(3):122-9.
10. Bahrami M, Dehghani S, Eghbali M, Beigi RD. The effect of a communicative-educative program on patients' satisfaction from pain management following cancer surgery. Ann Ny Acad Sci 2015;8(26):47-67.
11. Dougans I. *Reflexology: The 5 Elements and Their 12 Meridians: a Unique Approach*. HarperCollins UK; 2010.
12. Gillanders A, Amos J, Johnston A. *The family guide to reflexology*. Gaia Books; 1998.
13. Pauly NMH. *Tension on a nerve pathway may be released through the feet*. 2004.
14. Booth L. *Vertical Reflexology: A Revolutionary Five-minute Technique to Transform Your Health*. Piatakus; 2000.
15. Jones J, Thomson P, Irvine K, Leslie SJ. Is there a specific hemodynamic effect in reflexology? A systematic review of randomized controlled trials. J Altern Complement Med 2013;19(4):319–28.
16. Mackey BT. Massage therapy and reflexology awareness. Nurs Clin N Am 2001;36(1):159-70.
17. Carlsson AM. Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. PAIN 1983;16(1):87-101.
18. Boonstra AM, Preuper HR, Reneman MF, Posthumus JB, Stewart RE. Reliability and validity of the visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain. Int J Rehabil Res 2008;31(2):165-9.
19. Lalehgani H A, Rafiee Z, Yarmohmadi P. The effect of foot reflexology massage on pain of patients undergoing lumbar disc surgery in shahrekord hospitals. J Clin Nurs 2018; 7 (1):19-27 8. 9.
- 20 Rezvani AM, Siratinayer M, Abadi A, Moradyan T. Correlation between visual analogue scale and short form of McGill questionnaire in patients with chronic low back pain. J Qum Univ Med Sci 2012;6(1):31-4.

21. Desbiens NA, Wu AW, Broste SK, Wenger NS, Connors AF, Lynn J, et al. Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: findings from the SUPPORT research investigations. Crit Care Med 1996;24(12):1953-61.
22. Darnell C. Forensic science in healthcare: caring for patients, preserving the evidence. CRC Press; 2011.
23. Shafiei Z, Babaee S, Nazari A. The Effectiveness of massage therapy on depression, anxiety and stress of patients after coronary artery bypass graft surgery. 2013;
24. Bauer BA, Cutshall SM, Wentworth LJ, Engen D, Messner PK, Wood CM, et al. Effect of massage therapy on pain, anxiety, and tension after cardiac surgery: a randomized study. Complement Ther Clin 2010;16(2):70-5.
25. Ling Wong EM, Chi Chan SW, Chair SY. Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. J Adv Nurs 2010; 66 (5): 1120-31.

PATIENT SATISFACTION FROM CONTROL OF PAIN AFTER ELECTROCONVULSIVE THERAPY BY REFLEXOLOGY IN PATIENTS WITH DEPRESSION

Maryam Ali Ashraf Jodat¹, Leila Alilou^{2*}, Soheila Ahangarzadeh Rezaei³, Rasool Qaraghaji⁴

Received: 29 Feb, 2019; Accepted: 29 Apr, 2019

Abstract

Background & Aim: Pain is one of the most important complications after Electroconvulsive therapy. Failure to take this pain reduces the satisfaction of patients. The aim of this study was to evaluate patients' satisfaction with post- Electroconvulsive therapy pain control by means of massage therapy in patients with depression.

Materials & Methods: This randomized clinical trial was conducted on 56 patients with depression who referred to the Department of Electroconvulsive Therapy at Razi Psychiatric Center, Urmia, during the sampling period. Admission and random access criteria were categorized into control and intervention groups. The data collection tool was a demographic questionnaire, a visual scale of pain assessment, and patient satisfaction questionnaire. In the intervention group, the location and severity of pain were determined by using the dummy shapes and visual instrument for pain assessment by the patient, and Reflexology for 20 minutes at reflex points and the patient's satisfaction form was completed. The results were analyzed with SPSS-24 software using satisfactory

Results: The results showed a statistically significant difference between the mean scores of satisfaction of the studied units. In other words, a significant reduction in the severity of pain after ECT in patients with depression and patient satisfaction was significantly affected by pain control ($P < 0.001$)

Conclusion: According to the results of this study, it can be suggested that by incorporating a reflexive massage in the nursing plan to control the complications after medical treatment, it would increase patient satisfaction and their survival in the treatment program.

Keywords: Depression, Electroconvulsive therapy, Pain, Massage, Patient Satisfaction

Address: Urmia, Urmia University of Medical sciences

Tel: (+98) 04431937300

Email: Aliluleyla@gmail.com

¹ MSc Student of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences

² Assistant Professor, Department of Internal Medicine and Surgery, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences

⁴ Associate Professor, Department of Statistics, School of Medicine, Urmia University of Medical Sciences