

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

مریم علی‌اشرف جودت^۱، لیلا آلیلو^{۲*}، سهیلا آهنگرزاده رضایی^۳، رسول قره‌آغاجی^۴

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

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: درد از مهم‌ترین عوارض پس از الکتروشوک‌درمانی می‌باشد. نادیده گرفته شدن این درد باعث کاهش رضایتمندی بیماران می‌شود. این پژوهش با هدف بررسی رضایتمندی بیماران از کنترل درد پس از الکتروشوک‌درمانی 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 الکتروشوک‌درمانی 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 موردپژوهش را نشان داد. به عبارتی ماساژبازتابی در کاهش معنی‌دار شدت درد پس از الکتروشوک‌درمانی 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 گنجانیدن ماساژبازتابی در طرح تدابیر پرستاری برای کنترل عوارض پس از درمان‌های طبی، باعث افزایش رضایتمندی بیماران و ماندگاری آنان در برنامه درمانی شد. **کلیدواژه‌ها:** افسردگی، الکتروشوک‌درمانی، درد، ماساژبازتابی، رضایت بیماران

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

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

Email: Aliluleyla@gmail.com

مقدمه

خود خواهد کرد (۳). باوجود ماهیت مزمن و طولانی‌مدت اختلالات روانی، آن دسته از بیمارانی که تحت درمان هستند، می‌توانند همانند سایر افراد جامعه به‌صورت مؤثر به فعالیت اجتماعی خود ادامه دهند (۱). الکتروشوک‌درمانی یکی از درمان‌های زیست‌شناختی مهم در درمان بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانی است و درواقع شایع‌ترین مورد مصرف الکتروشوک‌درمانی اختلال افسردگی اساسی است (۲).

الکتروشوک‌درمانی با بیش از ۷۰ سال از زمان معرفی، به‌عنوان درمانی مؤثر در روان‌پزشکی، با اثربخشی بی‌نظیر و ایمن، موردتوجه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که در تمام گروه‌های سنی دیده می‌شود تا جایی که برخی از پژوهشگران از آن به‌عنوان 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 درحال توسعه پس از بیماری ایدز از آن

^۱ دانشجوی 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

قرار گرفته است (۴). معرفی الکتروشوک درمانی برای درمان بیماری‌های جدی روانی مانند افسردگی و اختلال دوقطبی یک انقلاب در روان‌پزشکی بود (۲). میزان پاسخ بالینی بیماران افسرده بین ۸۰ تا ۱۰۰ درصد گزارش شده است، طوری که به‌عنوان سریع‌ترین و مؤثرترین درمان افسردگی اساسی معرفی شده است (۵). باوجود آنکه بر اساس شواهد بالینی اثربخشی و ایمنی الکتروشوک درمانی به‌خوبی ثابت شده است این روش درمانی نیز مانند اکثر درمان‌های پزشکی با تعدادی از عوارض جانبی همراه است (۲). سردرد، درد عضلانی، تهوع، سرگیجه، فراموشی، دلیریوم از عوارض الکتروشوک درمانی هستند (۱). بعد از اختلال حافظه، سردرد و درد 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 درد به‌عنوان پنجمین علامت حیاتی در نظر گرفته می‌شود که بایستی از زمان پذیرش تا ترخیص به‌طور 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 تشدید بیماری می‌گردد. علاوه بر این جلب رضایت بیمار هدف اصلی تیم بهداشتی است که به‌عنوان یک برنامه ارتقای کیفیت در بیمارستان‌ها قابل‌اجرا است رضایت بیماران از کنترل عوارض ناخواسته ناشی از درمان‌های طبی باعث تسریع بهبودی و حساس بودن پرستاران به نیازهای بیماران و بهبود مدل‌های مراقبتی می‌شود (۸،۹). در چند مطالعه نشان داده‌شده بیمارانی که درد کمتری داشتند، رضایت بیشتری از پزشکان و پرستاران ابراز کردند و به عوارض بسیار کمتری دچار شدند. درواقع به‌عنوان 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 آن‌که باعث تسریع بهبودی بیماران می‌شود بلکه باعث رضایتمندی بیماران و ماندگاری آن‌ها در برنامه درمانی می‌گردد.

یکی از این مهارت‌ها استفاده از روش‌های مراقبتی مکمل (جایگزین) است که در سال‌های اخیر موردتوجه قرار گرفته است (۱۰). متداول‌ترین 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 قابل‌تحمل می‌نمایند (۱۱). افزایش طول اثر داروهای ضد درد و کاهش دوز مصرفی دارو، از فواید دیگر این روش‌ها می‌باشند (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 به‌صورت آئینه‌ای 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 غده، استخوان‌ها و عضلات اثر نماید (۱۴). یکی از نظریه‌هایی که در زمینه ماساژبازتابی مطرح است، این است که، تنش‌ها 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 در نتیجه 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 به‌کارگیرند (۱۶).

مروری بر مطالعات نشان می‌دهد باوجود اینکه اکثر مطالعات در زمینه ماساژبازتابی در کشور ایران انجام شده 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 متمرکز بوده و در بیماران مبتلا به اختلالات روانی مطالعه‌ای انجام نشده است. لذا بر آن شدیم 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 به‌موقع و کامل سیری مزمن

¹ Joint commission international accreditation standards for the care continuum

یافته و درمان آن مستلزم بستری‌های طولانی و بستری‌های مجدد است که آن‌هم 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 به‌ویژه 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 روان‌پزشکی 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 $5(\pm 1/9)$ و در گروه مداخله $3/34(\pm 1/5)$ در نظر گرفته شد و به‌منظور 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 جاگذاری 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 در نهایت تعداد ۲۸ نفر برای هر گروه تعیین شد. احتمال ریزش در این مطالعه صفر در نظر گرفته شد.

بدین صورت ۵۶ بیمار به‌صورت 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 ۶۵-۱۸ 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 در واقعیت سنجی آشکار و مشکلات بینایی حاد و کسب نمره ۳ یا بالاتر در مقیاس بصری سنجش درد و عدم استفاده از مسکن حداقل ۴ ساعت قبل از مداخله و معیارهای خروج از مطالعه شامل نداشتن

همکاری لازم برای دریافت مداخله، ایجاد توهم و هذیان در بیمار و عدم توانایی در تحمل ماساژ به علت حساسیت به لمس در ناحیه موردنظر بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه جمعیت‌شناسی، مقیاس بصری سنجش درد و پرسشنامه رضایتمندی بیمار بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی 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 بیان‌گر درد خفیف، عدد ۴ تا ۶ بیان‌گر درد متوسط، عدد ۷ تا ۱۰ به معنی 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 بر روی تصویر آدمک که به این منظور تهیه شده را با علامت مشخص کرده و سپس به‌صورت جداگانه با یکی از اعداد در مقیاس بصری سنجش درد مطابقت داده و علامت‌گذاری نمایند مقیاس بصری سنجش درد در سال ۱۹۷۵ توسط میلزاک ابداع شده و از آن پس در مطالعات متعددی مورد آزمون قرار گرفت و امروزه به‌عنوان یکی از مقیاس‌های درجه بندی درد مطرح است. روایی و پایایی ابزار بصری درد 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 بررسی و با ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0.75$) و ($r=0.89$) 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 آیت‌های آن را انتخاب نمودند.

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 ۱۵۲۷-۳۳-۰۶-۱۳۹۷ 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 خانواده‌ی بیماران منتخب)، معرفی کرده و با بیان اهداف مطالعه و پاسخ به سئوالات احتمالی رضایت‌نامه و پرسشنامه‌های جمعیت‌شناسی را پر نمود. تخصیص واحدهای مورد پژوهش به گروه‌های مداخله و کنترل به صورت طبقه‌بندی برحسب جنس و تصادفی انجام شد. به این منظور در دو کیسه جداگانه و مشخص برحسب 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 مرد 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 هفته روزهای فرد از ساعت هشت و سی دقیقه صبح لغایت آخرین بیمار طبق لیست ارسالی از بخش‌های بستری و بیماران سرپایی مراجعه‌کننده با دستور پزشک انجام می‌گیرد و بیماران بستری پس از هوشیاری کامل تحویل 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

الکتروشوک‌درمانی 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 (سر درد 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 سنجید. 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 ماساژبازتابی در طی ۳۰ ساعت به صورت مباحث تئوری، عملی و تمرینات تکمیلی مهارت لازم را کسب کرده انجام شد. در افراد تخصیص یافته در گروه مداخله، ماساژبازتابی 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 انگشتر 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 آنتی‌باکتریال انجام شد. پس از گرم کردن اولیه عضو موردنظر که به صورت حرکات چرخشی ملایم (۱۰-۸ حرکت) در محل مچ و مفصل انگشتان و همچنین با حرکات ملایم دست از مچ دست یا پای بیمار به سمت انگشتان و برعکس بود، نقاط بازتابی مربوط به سر و عضلات در دستها و پاها (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 در نهایت ۲ دقیقه با استفاده از انگشت شست شبکه خورشیدی را که در مرز 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 عقربه‌های 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

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 جمعیت‌شناسی 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 در واقع تعدادی از واحدها همزمان از سردرد و دردهای عضلانی شاکی بودند.

در جدول شماره ۳ تقسیم‌بندی نمرات رضایتمندی بدین‌صورت است که: نمره صفر به معنی بسیار 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 معیار 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 تقسیم بندی 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، ۶۰.۷ 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 داده شد. در گروه کنترل شدت درد پس از یک ساعت از زمان دریافت الکتروشوک درمانی با استفاده از ابزار بصری سنجش درد سنجیده شد و فقط روتین 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 شاپیروویک توزیع جامعه آماری بررسی شد. از آنجایی که جامعه آماری توزیع نرمال نداشت از آزمون من ویتنی و ویلکاکسون 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 داده‌های آماری انجام گرفت.

یافته‌ها

نتایج جدول شماره یک نشان می‌دهد که از ۵۶ واحد مورد پژوهش، به‌صورت 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 رده سنی ۲۸ تا ۴۲ سال در گروه مداخله میانگین سن (۴۱) اکثراً در دو رده سنی ۲۸ تا ۴۲ و ۴۳ تا 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 اکثریت

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

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

P=0.804	%۳۲.۱	۹	%۲۸.۶	۸	۴۳ تا ۵۷ سال	وضعیت تأهل
	%۱۷.۹	۵	%۱۰.۷	۳	بیشتر از ۵۸ سال	
Fisher'sTest=6.174 df=3 P=0.104	%۴۶.۶	۱۳	%۲۸.۶	۸	مجرد	وضعیت تأهل
	%۴۶.۶	۱۳	%۴۶.۴	۱۳	متأهل	
	%۰	۰	%۱۷.۹	۵	مطلقه	
	%۷.۱	۲	%۷.۱	۲	بیوه	
Fisher'sTest=5.390 df=4 P=0.248	%۳۵.۷	۱۰	%۱۴.۳	۴	بی سواد	وضعیت تحصیلی
	%۱۰.۷	۳	%۷.۱	۲	خواندن و نوشتن	
	%۱۴.۳	۴	%۲۱.۴	۶	زیر دیپلم	
	%۱۰.۷	۳	%۲۸.۶	۸	دیپلم	
	%۲۸.۶	۸	%۲۸.۶	۸	دانشگاهی	
Fisher'sTest=1.140 df=3 P=0.947	%۲۸.۶	۸	%۲۵	۷	شاغل	وضعیت شغلی
	%۳.۶	۱	%۷.۱	۲	بازنشسته	
	%۲۸.۶	۸	%۲۱.۴	۶	بیکار	
	%۳۲.۱	۹	%۳۹.۳	۱۱	خانه دار	
	%۷.۱	۲	%۷.۱	۲	در حال تحصیل	
chi-Sq=3.429 df=1 P=0.064	%۸۵.۷	۲۴	%۶۴.۳	۱۸	دارد	سابقه بیماری
	%۱۴.۳	۴	%۳۵.۷	۱۰	ندارد	
Chi-Sq=1.991 df=1 P=0.158	%۷۵	۲۱	%۵۷.۱	۱۶	دارد	سابقه بستری قبلی
	%۲۵	۷	%۴۲.۹	۱۲	ندارد	
Chi-Sq=.074 df=1 P=0.786	%۴۲.۹	۱۲	%۳۹.۳	۱۱	دارد	سابقه الکتروشوک درمانی
	%۵۷.۱	۱۶	%۶۰.۷	۱۷	ندارد	
تعداد جلسات شوک						
	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	دارد		ندارد		کل
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سردرد	کنترل	۲۵	%۸۹.۲۸	۳	%۱۰.۷۲	۲۸
	مداخله	۲۷	%۹۶.۴۲	۱	%۳.۵۸	۲۸
درد عضلانی	کنترل	۱۵	%۵۳.۵۷	۱۳	%۴۶.۴۳	۲۸
	مداخله	۶	%۲۱.۴۲	۲۲	%۷۸.۵۷	۲۸

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

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

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

گروه	کنترل		مداخله	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کاملاً ناراضی	۶	۲۱.۴	۰	۰
ناراضی	۱۴	۵۰	۰	۰
نسبتاً ناراضی	۷	۲۵	۵	۱۷.۹
راضی	۱	۳.۶	۱۷	۶۰.۷
کاملاً راضی	۰	۰	۶	۲۱.۴

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 به‌منظور بررسی مناسب درد و کنترل آن، شناسایی کند و درواقع 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 (۲۲). در مطالعه حاضر ماساژ بازتابی سبب کاهش شدت درد پس از الکتروشوک‌درمانی 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 معنی‌دار شدت درد پس از الکتروشوک‌درمانی 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 شفیع 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 (۲۳). همچنین در مطالعه‌ای باثور و همکاران نشان دادند که استفاده از ماساژ سبب کاهش درد، اضطراب و تنش عضلانی و همچنین افزایش احساس آرامش و رضایت بیماران از مراقبت‌های

ارائه شده در بیماران تحت جراحی قلب می‌شود (۲۴). مطالعه‌ای که توسط چیا-چین لین تحت عنوان کاربرد ابزار استاندارد انجمن درد آمریکا برای ارزیابی کیفیت فرایند کنترل درد در بین بیماران جراحی و انکولوژی انجام شد. نتایج نشان داد که باوجود 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 مثل 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 تجویزی، بدون درد و ناراحتی تشویق و در نهایت موجبات رضایتمندی آنان از مراقبت‌های پرستاری به‌ویژه 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 بستری طولانی و یا مجدد را گرفت.

تشکر و قدردانی

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

References

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, especially 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 Psychiat 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, Pöyhä 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. Piatkus; 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, Rafiei 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, Babae 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- Electroconvulsivetherapy 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