

بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد پرستاران بخش‌های جراحی شاغل در مراکز آموزشی و درمانی ارومیه درباره ارزیابی و مدیریت درد بیماران در سال ۱۳۹۵

فریبا حسین زادگان^۱، اعظم شهباز^۲، مدینه جاسمی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۲/۳۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۴/۳۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: عدم کنترل و مدیریت مناسب درد می‌تواند منجر به تحمیل هزینه‌های بالا برای بیمار، خانواده و جامعه و همچنین بروز عوارض فیزیولوژیک، روحی و روانی در فرد گردد. با توجه به اینکه پرستاران نسبت به سایر پرسنل درمانی، مدت‌زمان بیشتری در ارتباط با بیمار می‌باشند لذا بایستی در زمینه مدیریت درد آمادگی کافی داشته باشند. لذا مطالعه حاضر باهدف تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران بخش‌های جراحی درباره ارزیابی و مدیریت درد بیماران انجام گردید.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی بود که تعداد ۱۱۴ پرستار شاغل در بخش‌های جراحی مراکز آموزشی درمانی ارومیه به روش سرشماری انتخاب گردیدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته شامل مشخصات دموگرافیک و سؤالاتی در زمینه آگاهی، نگرش و چک‌لیست عملکرد پرستاران بخش‌های جراحی درباره ارزیابی و مدیریت درد استفاده گردید. از آمار توصیفی و آمار استنباطی و ضریب همبستگی اسپیرمن و پیرسون جهت آنالیز اطلاعات استفاده شد.

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین و انحراف معیار نمرات در حیطه نگرش $55/54 \pm 5/92$ و در حیطه عملکرد $10/46 \pm 2/57$ و در سطح آگاهی پرستاران $9/66 \pm 2/30$ می‌باشد. هیچ‌گونه تفاوت معنی‌دار آماری بین میانگین مجموع نمرات نگرش و آگاهی و عملکرد با مشخصات دموگرافیکی وجود نداشت ولی در بررسی ارتباط بین سابقه آموزش در زمینه درد با نمرات حیطه‌های آگاهی و نگرش پرستاران ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: نتایج تحقیق نشان داد که پرسنل پرستاری از نگرش مثبت و دانش و عملکرد متوسطی در ارزیابی و مدیریت درد برخوردارند بنابراین اجرای برنامه‌های دقیق برای آموزش به این پرسنل و برگزاری کلاس‌های بازآموزی ضمن خدمت جهت ارزیابی و مدیریت صحیح درد بیماران و ارتقا کیفیت مراقبت درمانی پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: دانش، نگرش، عملکرد، پرستاران، ارزیابی درد، مدیریت درد

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۹۷، آبان ۱۳۹۶، ص ۶۲۹-۶۲۰

آدرس مکاتبه: پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۳

Email: a.shahbaz62229@yahoo.com

مقدمه

حدود ۶۳۵ بلیون دلار تخمین زده می‌شود(۴). علاوه بر جنبه مادی، درد تسکین نیافته و طولانی‌مدت منجر به بروز عوارض فیزیولوژیک، روحی و روانی در فرد می‌گردد(۵). عوارض روانی درد می‌تواند باعث افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، کاهش ساعات کاری، کاهش استقلال و اختلال در روابط بین فردی بیمار گردد. همچنین این مشکل می‌تواند باعث ترس‌های غیرطبیعی، نگرانی در مورد آینده و اثرات منفی بر پویایی خانواده گردد(۶، ۷). عوارض

درد تجربه ناخوشایند حسی-عاطفی است که در اثر صدمه بافتی واقعی یا بالقوه ایجاد می‌شود(۱) و ازجمله شایع‌ترین علل مراجعه بیماران به مراکز درمانی می‌باشد(۲). حدود ۷۶ میلیون نفر از افراد بزرگ‌سال در آمریکا از درد رنج می‌برند(۳). عدم کنترل و مدیریت مناسب درد می‌تواند منجر به تحمیل هزینه‌های بالا برای بیمار، خانواده و جامعه گردد. هزینه سالانه درد در ایالات‌متحده

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

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

فیزیولوژیک درد تسکین نیافته می‌تواند در ارگان‌های مختلف از جمله قلب و عروق، معده ای-روده ای، ادراری-تناسلی، سیستم عضلانی-اسکلتی و سیستم ایمنی تظاهر یابد(۸). در سال ۲۰۰۰ میلادی، انجمن درد آمریکا، درد را به‌عنوان پنجمین علامت حیاتی مورد نیاز ارزیابی، معرفی نمود(۹). اگرچه مدیریت درد به‌عنوان اولویت در برنامه مراقبتی قرار داده شده است ولی این مسئله همچنان به‌صورت یک مشکل چندبعدی پیچیده با دخالت عوامل پزشکی، حقوقی، اجتماعی-اقتصادی، روحی-روانی و همچنین تأثیر عوامل آگاهی و نگرش در آن ادامه دارد. با توجه به اینکه پرستاران نسبت به سایر پرسنل درمانی، مدت‌زمان بیشتری در ارتباط با بیمار می‌باشند لذا بایستی در زمینه مدیریت درد آمادگی کافی داشته باشند(۳). پرستاران جایگاه منحصربه‌فردی با تأثیر مستقیم در فرایند مدیریت درد بیماران از ارزیابی، برنامه‌ریزی، مداخله تا ارزیابی مجدد، دارا می‌باشند(۵). پرستاران دائماً نیازمند تصمیم‌گیری در مورد کنترل درد بیماران هستند و کنترل مؤثر، نیازمند فرایند تصمیم‌گیری درست است که از طریق آگاهی در مورد درد و درمان آن میسر می‌باشد(۱۰). اولین مرحله مدیریت درد، ارزیابی درد بیماران می‌باشد(۱۱) که با ابزارهایی همچون سیستم‌های خود گزارش دهی، مشاهده رفتاری و اندازه‌گیری‌های فیزیولوژیک قابل‌سنجش می‌باشد(۱۲، ۱۳). از دلایل مفید بودن ارزیابی درد می‌توان به مواردی همچون به دست آوردن اطلاعات پایه‌ای برای ارزیابی‌های بعدی، تشخیص میزان ناتوانی یا نقص نتایج درمان، کمک به پزشک در تشخیص وضعیت ویژه، تشخیص تفاوت بین درد واقعی و تمارض به بیماری، بهبود روابط بیمار و درمانگر، اشاره نمود(۱۴، ۱۵). این در حالی است که طبق مطالعات صورت گرفته در کشور ما، پرستاران اطلاعات کافی در این زمینه ندارند. در مطالعه‌ای که در تهران در مورد میزان آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران نسبت به ابزارهای سنجش درد، انجام یافت، نتایج نشان داد که اکثریت پرستاران در طی دوران تحصیل خود هیچ آموزشی در زمینه ارزیابی درد دریافت نکرده‌اند(۱۶). در مراحل بعدی مدیریت درد، بسته به وضعیت بیمار از روش‌های مختلف دارویی و غیر دارویی جهت تسکین بیمار استفاده می‌گردد(۱۷). از موانع مهم مدیریت مناسب درد ۳ مورد قابل‌ذکر می‌باشد: ادراک پرسنل درمانی از درد، ادراک بیمار از درد، سیستم بهداشتی درمانی(۶). از میان عوامل مختلف، آگاهی و نگرش منفی پرسنل درمانی نسبت به درد، مهم‌ترین مانع مدیریت مناسب درد می‌باشد(۱۸). در مطالعه‌ای در مورد پزشکان، پرستاران و داروسازان، نتایج متفاوتی در مورد ادراک از درد و موانع مدیریت مناسب درد به دست آمد. در مورد پزشکان،

محدودیت زمانی، نگرش بیمار و همراهان، ترس از اقدام درمانی نادرست از موانع مدیریت درد به حساب می‌آید، در مورد پرستاران، نگرش بیمار و همراهان، عملکرد و نگرش پزشک و تفاوت‌های فرهنگی بیماران و در مورد داروسازان، نگرش نسخه‌نویس، محدودیت زمانی و کمبود آگاهی از موانع مهم به شمار می‌آیند(۱۹). ادراک نادرست بیماران از درد می‌تواند به‌صورت عدم گزارش درد به علت تصورات غلط در مورد درمان و عوارض جانبی، ترس از پیشرفت بیماری و ترس از درمان دردناک، بروز نماید(۲۰). خود سیستم درمانی نیز عامل مؤثری در مدیریت درد بیماران می‌باشد بدین‌صورت که کمبود آگاهی پرسنل، فقدان دستورالعمل در دسترس، کمبود امکانات، فقدان اختصاص بودجه کافی در این زمینه و وجود بعضی قوانین محدودکننده می‌توانند مانعی در زمینه کنترل و مدیریت مؤثر درد بیماران باشند(۲۱). یکی از عوامل تأثیرگذار دیگر بر ارزیابی و مدیریت درد، نوع نگرش پرستاران می‌باشد که منظور از نگرش، رفتاری است که نشان‌دهنده احساس، عقیده و حالتی است که در احساسات و هیجانات ایجاد گشته و بیان‌کننده عقاید و باور فرد، می‌باشد. اعمال و رفتار پرستاران در امور مراقبتی ازجمله توجه به مقوله درد بیماران، تحت تأثیر عوامل مختلفی ازجمله اعتقادات، ارزش‌ها، آداب‌ورسوم، وضعیت اقتصادی و در حالت کلی متأثر از فرهنگ جامعه می‌باشد که منجر به ایجاد نگرش‌های موافق یا مخالف می‌گردد(۲۲). کالاهان^۱ در مطالعه خود چنین بیان می‌کند که سازمان‌ها می‌توانند از نتایج بررسی نگرش‌ها و نظرات پرسنل جهت تصمیم‌گیری و اتخاذ تدابیر خاص استفاده نمایند و در طرح‌ها و روش‌های جدید به‌کارگیرند(۲۳). علیرغم اهمیت و شیوع درد، مطالعات بالینی کمی در این خصوص انجام‌یافته و هم در متون پزشکی و هم در متون پرستاری به بحث درد کم‌توجهی شده است(۲۴) متأسفانه اکثریت مطالعات انجام‌یافته در این زمینه حکایت از کمبود آگاهی پرسنل درمانی دارند. به‌عنوان مثال نتایج مطالعه یونگ^۲ و همکاران در سال ۲۰۱۵ نشان می‌دهد که میزان آگاهی دانشجویان پزشکی و پرستاری در زمینه مدیریت درد بسیار پایین می‌باشد(۲۵). در مطالعه اسدی نوقایی و همکاران در بندرعباس نیز نتایج حاکی از سطح آگاهی پایین پرستاران در ارتباط با بررسی و سنجش درد نوزادان بود(۲۶). مطالعه انجام‌یافته توسط ممیشی و همکاران در زمینه بررسی آگاهی و نگرش پرستاران در تسکین درد بیماران سرطانی نشان داد که میزان آگاهی پرستاران در حد متوسط بوده و اکثریت پرستاران دارای نگرش مثبت در کاهش درد بیماران می‌باشند، از نظر آماری نیز بین دانش و نگرش ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت(۲۲). با توجه به

^۱Callahan

^۲ Ung

۶۲۲ دوره یازدهم، شماره هشتم، پی در پی ۹۷، آبان ۱۳۹۶

شدید بخوابند) بود. در حیطه نگرش، سؤال ۲ (بررسی و کنترل درد بیماران جز حقوق آن‌ها می‌باشد) با ۷۳/۳ درصد فراوانی، بیشترین نظر موافق و سؤال ۷ (میزان درد بیماران باید مانند سایر علائم حیاتی در برگه مخصوص ثبت گردد) با ۲۶/۳ درصد، کم‌ترین نظر موافق را در بر داشت.

برای انجام آزمون‌های تحلیلی، ابتدا نرمالیتی این سه متغیر یعنی مجموع نگرش، عملکرد و آگاهی با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف بررسی گردید. این آزمون نشان داد که هر سه حیطه نرمال هستند. برای متغیرهایی که نرمال هستند از آزمون‌های پارامتری برای تحلیل داده‌ها استفاده می‌کنیم. برای مقایسه میانگین مجموع نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران با جنسیت و سطح تحصیلات نمونه‌ها، از آزمون تی تست مستقل استفاده گردید. آزمون t نشان داد که تفاوت معنی‌دار آماری بین

میانگین مجموع نمرات با جنسیت و تحصیلات وجود ندارد ولی در بررسی ارتباط بین سابقه آموزش در زمینه درد با نمرات حیطه‌های آگاهی و نگرش و عملکرد پرستاران با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن، نتایج نشان‌دهنده ارتباط معنی‌دار سطح آگاهی ($r=0/252$) و نگرش ($r=0/223$) با سابقه آموزش می‌باشد. برای بررسی رابطه بین سن و مجموع نمرات نگرش، عملکرد و آگاهی، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج نشان داد، تفاوت، معنی‌دار نمی‌باشد. آزمون میانگین واریانس برای بررسی تفاوت میانگین مجموع نمرات بین بیمارستان‌های مختلف نیز تفاوت معنی‌دار آماری نشان نداد. ارتباط سابقه کار با حیطه‌های مدیریت درد با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نیز ارتباط معنی‌دار آماری نشان نداد (جدول شماره ۳).

جدول (۱): مشخصات جمعیت شناختی نمونه‌های شرکت‌کننده در مطالعه

متغیرها		میانگین $\pm$ انحراف معیار یا تعداد	درصد
سن		۳۳،۳۸ $\pm$ ۷،۲۳	
جنسیت	زن	۷۴	۶۴/۹
	مرد	۴۰	۳۵/۱
تحصیلات	لیسانس	۱۱۰	۹۶/۵
	فوق‌لیسانس	۴	۳/۵
محل کار	بیمارستان امام	۸۷	۷۶/۳
	بیمارستان شهدا	۱۴	۱۲/۳
	بیمارستان مطهری	۱۳	۱۱/۴
سابقه آموزش	دارد	۲۶	۲۲/۸
	ندارد	۸۸	۷۷/۲
میزان سابقه کار (ماه)		۱۰۵،۸۸ $\pm$ ۸۴،۶۹	

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار حیطه‌های آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در زمینه مدیریت درد

تعداد سؤال	کم‌ترین نمره	بیشترین نمره	میانگین	انحراف معیار
۱۳	۱۳	۶۵	۵۵،۵۴	۵،۹۲
۱۳	۰	۱۳	۱۰،۴۶	۲،۵۷
۱۹	۰	۱۹	۹،۶۶	۲،۳۰

جدول (۳): ارتباط مشخصات جمعیت شناختی با حیطه‌های آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در زمینه مدیریت درد

جنسیت	تحصیلات	سابقه آموزش	سابقه کار	سن	نگرش	عملکرد	آگاهی
۱	۰،۱۴۰	۰،۱۳۷	۰،۱۳۷	۰،۱۸۶	۰،۰۶۱	۰،۰۳۵	۰،۱۵۱
	P=۰،۱۳۷	p=۰،۱۴۷	p=۰،۱۴۷	xp=۰،۰۴۷	P=۰،۵۲۱	p=۰،۷۲۱	P=۰،۱۱۰
تحصیلات	۰،۱۴۰	۱	۰،۱۰۴	۰،۰۰۳	۰،۱۴۰	۰،۰۷۷	۰،۰۵۲

جنسیت	تحصیلات	سابقه آموزش	سابقه کار	سن	نگرش	عملکرد	آگاهی
P=۰,۱۳۷							
		p=۰,۲۷۲	p=۰,۹۷۶	P=۰,۱۳۷	p=۰,۳۰۳	P=۰,۴۱۴	P=۰,۵۸۳
۰,۱۳۷	۰,۱۰۴		۰,۱۹۹	۰,۲۷۱	۰,۲۲۳	-۰,۰۹۱	۰,۲۵۲
سابقه آموزش		۱					
P=۰,۱۴۷	p=۰,۲۷۲	xp=۰,۰۳۴	xP=۰,۰۰۴	xp=۰,۰۱۷	p=۰,۳۳۶	xp=۰,۰۰۷	
-۰,۱۲۹	-۰,۰۰۳	۰,۱۹۹	۰,۸۸۶	۰,۱۰۶	-۰,۰۳۹	۰,۰۷۹	
سابقه کار		۱					
P=۰,۱۷۰	P=۰,۹۷۶	xP=۰,۰۳۴	p=۰,۰۰۱	p=۰,۲۶۱	P=۰,۶۸۲	p=۰,۴۰۶	
-۰,۱۸۶	-۰,۰۱۲	۰,۲۷۱	-۰,۱۲۹	۰,۰۶۱	-۰,۱۱۷	۰,۰۴۲	
سن				۱			
xP=۰,۰۴۷	p=۰,۹۰۲	P=x۰,۰۰۴	p=۰,۱۷۰	p=۰,۵۲۱	p=۰,۲۱۶	P=۰,۶۵۵	
۰,۰۶۱	۰,۰۹۷	۰,۲۲۳	۰,۱۰۶	۰,۰۶۱	۰,۱۷۱	۰,۱۵۸	
نگرش				۱			
p=۰,۵۲۱	P=۰,۳۰۳	xp=۰,۰۱۷	P=۰,۲۶۱	P=۰,۵۲۱	P=۰,۰۶۹	p=۰,۰۹۴	
۰,۰۳۵	-۰,۰۷۷	-۰,۰۹۱	-۰,۰۳۹	-۰,۱۱۷	۰,۱۷۱	-۰,۰۶۸	
عملکرد					۱		
p=۰,۷۲۱	p=۰,۴۱۴	p=۰,۳۳۶	P=۰,۶۸۲	P=۰,۲۱۶	P=۰,۰۶۹	p=۰,۴۷۵	
۰,۱۵۱	-۰,۰۵۲	۰,۲۵۲	۰,۰۷۹	۰,۰۴۲	۰,۱۵۸	-۰,۰۶۸	
آگاهی						۱	
p=۰,۱۱۰	p=۰,۵۸۳	xp=۰,۰۰۷	p=۰,۴۰۶	P=۰,۶۵۵	p=۰,۰۹۴	p=۰,۴۷۵	

بحث و نتیجه‌گیری

پرستار عضوی از گروه بهداشتی- مراقبتی است که مسؤولیت مهمی در تسکین و برطرف کردن درد بیماران دارد. نظر به این‌که در میان افراد گروه بهداشتی درمانی، پرستار تنها کسی است که بیشترین وقت خود را با بیمار صرف می‌کند به همین دلیل مسؤولیت بسیار حساسی دارد. سهم پرستار در مراحل بررسی درد مهم و حساس است و با جمع‌آوری، ثبت و مستند کردن و ارزشیابی داده‌ها در مورد درد بیمار می‌تواند با ارائه تدابیر خاص پرستاری کنترل درد، به بیمار کمک کند(۲۲).

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که میانگین نمرات آگاهی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه ۹/۶۶ از مجموع ۱۹ نمره است که نشان‌دهنده دانش و آگاهی متوسط پرستاران نسبت به ارزیابی و مدیریت درد بیماران می‌باشد. لی^۱ و همکاران نیز در تحقیق خود در

تایوان به این نتیجه رسیدند، که سطح دانش پرستاران درباره درمان درد، متوسط است و نیاز به آموزش قوی‌تر در مورد درد به پرستاران وجود دارد(۲۷). در مطالعه‌ای که توسط ذاکری و همکاران تحت عنوان بررسی ارتباط بین دانش پرستاران از درد با رضایت بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر از تسکین درد انجام گرفت نتایج نشان داد ۲۳٪ پرستاران دارای دانش بالا و ۵۸٪ دانش متوسط ۹٪ دانش پایینی دارند(۲۸) که با نتایج مطالعه ما هماهنگ می‌باشد. محبی نیز در مطالعه خود با عنوان آگاهی و عملکرد پرستاران در اداره غیر دارویی درد به این نتیجه رسید که آگاهی اکثریت پرستاران تحت مطالعه در حد متوسط می‌باشد(۲۹). من وارن^۲ دانش و نگرش پرستاران را در مورد درد کودکان مورد مطالعه قرار داده و نشان داد دانش پرستاران در زمینه درمان درد کودکان ضعیف می‌باشد و پیشنهاد کرد برای بهبود عملکرد پرستاران در تسکین درد کودکان،

^۱ Lai

^۲ Manworren

برنامه‌های آموزشی مبتنی بر استانداردهای مراقبتی طراحی شود (۳۰).

در پژوهش حاضر هیچ‌گونه تفاوت معنی‌داری بین نمرات آگاهی پرستاران و سن و جنس و وضعیت تأهل و سابقه کاری و میزان تحصیلات وجود نداشت و تنها ارتباط معنی‌دار، ارتباط نمرات آگاهی و نگرش پرستاران و سابقه آموزش درباره مدیریت درد بود. در این ارتباطات گزارش‌های متفاوتی وجود دارد. کلارک^۳ و همکاران در یک پژوهش به این نتیجه رسیدند، که بین سابقه کار پرستاران و میزان دانش در آنان ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۳۱) در صورتی‌که نتایج پژوهش ویلسون^۴ هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری بین آنان را نشان نداد (۳۲). مطالعه حاضر نشان داد، که اکثر پرستاران (۷۲/۲ درصد) آموزش‌های لازم در خصوص مدیریت درد نداشته‌اند، و آن‌ها برای ارزشیابی مداخلات و عملکرد بیمار نیاز به دوره‌های آموزشی مدیریت درد دارند. لی و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند، ویژگی‌هایی مانند میزان تحصیلات و گذراندن دوره‌های آموزش ضمن خدمت و تجربه کاری بر روی دانش و نگرش پرستاران تأثیر دارد (۲۷) همچنین نتایج مطالعه سولان^۵ و همکاران در دانشگاه کنتاکی در درمان درد بیماران سرطانی تحت عمل، نتایجی همانند تحقیق ما داشت، و نتایج نشان داد هیچ تفاوت معناداری بین تجربه، طول مدت کار در مراکز مراقبتی از نظر مدیریت درد بیماران وجود ندارد (۳۳). در مطالعه‌ای در هنگ‌کنگ تس^۶ و همکاران ارتباط معنی‌داری بین آموزش‌های قبلی و تجربیات کلینیکی پرستاران و پاسخ صحیح آن‌ها نسبت به درد به دست آوردند، آن‌ها معتقدند که آموزش‌های مداوم و بیشتری برای افزایش آگاهی پرستاران در هنگ‌کنگ لازم و ضروری است (۳۴).

در مطالعه ما میانگین نمرات نگرش پرستاران ۵۵/۵۴ از مجموع نمره ۶۵ بود که نشان از نگرش مثبت پرستاران تحت پژوهش از کنترل درد بیماران دارد که با نتایج مطالعه نیمانرات^۷ و همکارانش درباره درد بیماران سرطانی و مدیریت آن هماهنگی دارد (۳۵). مطالعه اسدی نوقایی و همکاران نشان داد که میانگین نمره نگرش پرسنل پرستاری ۵۴/۳۲ از ۶۰ نمره و اکثر پرستاران در مورد درد نوزاد نگرش مثبت داشته‌اند (۲۶). مطالعه انسکار^۸ و همکاران نیز نشان داد که پرستاران سوئدی نه‌تنها از دانش بالایی در ارتباط با سنجش درد برخوردارند بلکه نگرش مثبتی نیز نسبت به درد دارند

که می‌تواند منجر به تسکین درد گردد (۳۶). لیمان^۹ نگرش و عقاید پرستاران را در مورد بررسی درد بررسی نمود اکثر پرستاران بر این عقیده بودند که ابزار بررسی درد، ارتباط بیمار و پرستار را بهتر کرده و استفاده از آن‌ها منجر به تسکین بهتر درد خواهد شد (۳۷). در این مطالعه بین سابقه کار پرستاران و نگرش آنان درباره درد ارتباط معنی‌داری وجود نداشت که مطابق با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد اما بین سابقه آموزش پرستاران و نگرش آنان ارتباط معنی‌داری وجود داشت که نتایج مطالعه ما را تأیید می‌کند. مطالعه فورستنبرگ^{۱۰} و همکاران در ایالت همپشایر تحت عنوان دانش و نگرش پرسنل مراقبتی بهداشتی در مورد درمان درد سرطان، نیز بیانگر آن است که نیاز مداوم به برنامه‌های آموزشی وسیع جهت افزایش آگاهی و نگرش پرستاران درباره درمان درد در سرطان وجود دارد (۳۸). در مطالعه ممیشی و همکاران ۸۶/۶ درصد پرستاران دارای نگرش مثبت در کاهش درد بیماران بودند و همچنین در این مطالعه بین مشخصات دموگرافیکی مانند میزان تحصیلات و جنس و محل کار و وضعیت تأهل و سابقه کار با نگرش پرستاران ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت (۲۲) که با نتایج مطالعه ما هماهنگی دارد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمرات عملکرد پرستاران ۱۰/۴۶ از مجموع نمره ۱۳ بود که نشان‌دهنده سطح عملکرد متوسط پرسنل پرستاری در زمینه مدیریت درد بیماران می‌باشد. در مطالعه قربانی مقدم و همکارانش ۸۹/۶ درصد پرستاران از عملکرد بالا و خیلی بالایی برخوردار بودند (۳۹). در مطالعه علوی و همکاران ۷۱/۳ درصد پرستاران عملکردی متوسط در مورد اداره درد کودکان داشتند (۴۰). در مطالعه سالانتر^{۱۱} و همکاران درباره آگاهی و عملکرد پرستاران از اداره غیر دارویی درد، عملکرد پرسنل پرستاری ضعیف گزارش شده است (۴۱). همچنین در مطالعه اسدی نوقایی پرستاران عملکرد ضعیفی در خصوص بررسی درد و اندازه‌گیری آن داشتند و ۱۰۰ درصد از هیچ ابزاری جهت اندازه‌گیری درد نوزاد استفاده نمی‌کردند (۲۶). پرویزی در سال ۱۳۸۴ به این نتیجه رسید که ۸۳/۳ درصد پرستاران ابزارهای سنجش درد را بکار نمی‌گرفتند و در نتیجه عملکرد ضعیفی داشتند (۱۶). مطالعات فراوانی و همکاران نشان داد که پرستاران با مشکلات متعددی در استفاده از ابزارهای سنجش درد در کودکان مواجه هستند (۴۲).

⁸ Enskar

⁹ Layman

¹⁰ Furstenberg

¹¹ Salantera

³ Clarke

⁴ Wilson

⁵ Solan

⁶ Tes

⁷ Nimmaanrat

ارزیابی درد منجر به درمان ناکافی درد می‌شود. همچنین بر اساس نظرات به‌دست‌آمده تفاوت بین درک بیمار و درک ارزیاب کننده منجر به اداره ضعیف درد شده است (۴۸). بنابراین آموزش مدیریت درد می‌تواند در افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران مؤثر باشد بنابراین آموزش دورهای، فراهم کردن امکانات ارزیابی و سنجش درد، ایجاد خط‌مشی‌ها و روش‌هایی جهت نظارت و ارزیابی سنجش درد مؤثر می‌باشد و نیاز به برنامه‌های دقیق برای آموزش به این پرسنل و برگزاری کلاس‌های بازآموزی پیشنهاد می‌شود. یکی از مشکلات این پژوهش این بود که به دلیل کمبود وقت و فشار کاری، پرستاران در همان لحظه قادر به پرکردن پرسشنامه نبودند که برای رفع این مشکل پرسشنامه‌ها در ابتدای شیفت داده و سپس در انتهای شیفت جمع‌آوری شدند. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود جهت افزایش آگاهی پرستاران درباره ارزیابی و مدیریت درد برگزاری دوره‌های آموزش ضمن خدمت بیشتر موردتوجه مسئولان قرار گیرد تا از این طریق کیفیت مراقبت از بیماران و میزان رضایت آنان ارتقاء یابد، همچنین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی تأثیر برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه مدیریت درد در پرستاران مورد ارزیابی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران، نهایت سپاس و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مسئولین و کادر درمانی بخش‌های جراحی بیمارستان‌های امام خمینی و مطهری و سیدالشهدا ارومیه ابراز می‌دارند.

۴۳. مک‌دونالد^{۱۲} در مطالعه خود می‌نویسد برای کنترل بهتر درد، پرستار باید با ابزارهای سنجش درد و کلماتی که بیمار برای توصیف درد به کار می‌برد آشنا باشد تا درد را سنجش و کنترل مؤثرتری بر درد داشته باشد (۴۴). لاجمن^{۱۳} در پژوهش خود در سال ۲۰۱۴ به این نتیجه رسید که اگر پرستاران درک خود از فیزیولوژی درد و فارماکولوژی داروهای مسکن را بهبود بخشند، یک نگرش مثبت‌تری نسبت به مدیریت درد به وجود می‌آید و این فرایند می‌تواند ارتباط با بیمار را تسهیل دهد (۴۵). در پژوهش حاضر بین میانگین نمرات نگرش و آگاهی و عملکرد ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد اما در مطالعه الزگل^{۱۴} و همکاران در سال ۲۰۱۶ یافته‌ها نشان داد که نگرش پرستاران در مورد مدیریت درد ارتباط مهم و مثبتی با عملکرد آنان در این زمینه دارد (۴۶). فینلی^{۱۵} در سال ۲۰۰۷ در تحقیق خود که باهدف توسعه، اجرا و ارزشیابی برنامه کنترل درد کودکان با اجرای یک برنامه ساختاریافته در مرکز سرطان امان در کشور اردن انجام شد به این نتیجه رسید که بین دانش، نگرش و عملکرد پرسنل پرستاری فاصله وجود دارد (۴۷) که نتایج مطالعه ما را تأیید می‌کند. در مطالعه ما بین وضعیت تحصیلی و تأهل و جنس و سن و سابقه کار با نمرات عملکرد ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد. نتایج مطالعه قربانی مقدم و همکاران نشان داد که بین دانش و نگرش پرستاران تفاوت معنی‌دار آماری وجود ندارد و همچنین بین دانش و نگرش و عملکرد با متغیرهای دموگرافیک ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد (۳۹). در تحقیقی که توسط کورتیس^{۱۶} در مورد استاندارد‌های ارزیابی درد بیماران ارتوپدی انجام‌شده، مشخص گردیده که ضعف در

References:

- Gupta A, Kaur K, Sharma S, Goyal S, Arora S, Murthy RSR. Clinical aspects of acute post-operative pain management & its assessment. J Adv Pharm Technol Res 2010; 1(2): 97-108.
- Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. BMC public health 2011; 11(1): 770.
- Duke G, Haas BK, Yarbrough S, Northam S. Pain management knowledge and attitudes of

baccalaureate nursing students and faculty. Pain Manag Nurs 2013; 14(1): 11-9.

- Institute of Medicine Report from the Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education. Relieving pain in America: a blueprint for transforming prevention, care, education, and research. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
- Burley D. Broaden your skills with a nursing secondment. Nurs Times 2004; 100(42): 74.

¹⁵ Finely

¹⁶ Curtiss

¹² McDonald

¹³ Latchman

¹⁴ Alzghoul

6. Glajchen M. Chronic pain: Treatment barriers and strategies for clinical practice. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14: 211–218.
7. Strang P. Existential consequences of unrelieved cancer pain. *Palliat Med*. 1997; 11: 299–305.
8. Middleton C. Understanding the physiological effects of unrelieved pain. *Nurs Times* 2003; 99(37): 28–31.
9. Wilson D, Hockenberry MJ, Wong DL. Wong's clinical manual of pediatric nursing. 8th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby; 2012.
10. Niekrek LM, Martin F. Tasmanian Nurses Knowledge of pain management. *Int J Nurs Stud* 2001; 38(2): 141-52.
11. Malviya S, Lewis TV, Merkel S, Tait AR. Difficult pain assessment and lack of clinician knowledge of ongoing barriers to effective pain management in children with cognitive impairment. *Acute Pain* 2005 May; 7(1): 27-32.
12. Briggs M, Closs JS. A descriptive study of use visual analogue scales and verbal rating scales for assessment of post operative pain in orthopedic patients. *J Pain Symptom Manag* 1999; 18(6): 438-46.
13. Husebo BS, Achterberg WP, Lobbezoo F, Kunz M, Lautenbacher S, Kappesser J, et al. Pain in patients with dementia: a review of pain assessment and treatment challenges. *Norsk Epidemiologi* 2012; 22 (2): 243-51.
14. Price DL, Thompson ED, Gwin JF, Schulte EB. Thompson's pediatric nursing: an introductory text. 9th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier Saunders; 2005.
15. Falanga IJ, Lafrenaye S, Mayers SK, Tetrault J. Management of acute pain in children: study & efficacy of a nurse-controlled algorithm for pain relief. *Acute pain* 2006; 94(8): 45-54.
16. Parvizi F, Alhani F. Studying the rate of knowledge and using of pain assessment tools in children and complaining the importance of education about it. *Iran J Pediatr* 2005; 15 (1): 190. (Persian)
17. Grøndahl JR, Rosvold EO. Hypnosis as a treatment of chronic widespread pain in general practice: a randomized controlled pilot trial. *BMC musculoskeletal disorders* 2008;9:124.
18. Lebovits A, Florence I, Bathina R, Hunko V, Fox MT, Bramble CY. Pain knowledge and attitudes of healthcare providers: practice characteristic differences. *Clin J Pain* 1997; 13: 237–43.
19. Strassels S, Duke G, Driver L, Petty H, Torges K. Knowledge, attitudes, and practices of Texas health care professionals may contribute to inadequate pain care. Presented at the International Association for the Study of Pain, Glasgow, Scotland 2008.
20. Gunnarsdottir S, Donovan HS, Serlin RC, Voge C, Ward S. Patient-related barriers to pain management: The Barriers Questionnaire (BQ-II). *Pain* 2002; 99: 385–96.
21. Greiner L, Burh B, Phelps D, Ward SA. Palliative care needs assessment of health care institutions in Wisconsin. *J Palli Med* 2003; 6: 543–56.
22. Mamishi N, Behrouzi shad F, Mohagegi MA, Eftekhari Z, Shahabi Z. Survey of knowledge and attitude of nursing about pain management in cancer patients. *Hayat J* 2006; 12(2): 23-32. (Persian)
23. Callahan RE. Understanding organizational Behavior a managerial view points. Merrill publishing Co; 1986.
24. Howarth AL. Will aromatherapy be a useful treatment strategy for people with multiple sclerosis who experience pain? *Complement Ther Nurs Midwifery* 2002;8(3):138–41.
25. Ung A, Salamonson Y, Hu W, Gallego G. Assessing knowledge, perceptions and attitudes to pain management among medical and nursing students: a review of the literature. *Br J Pain* 2015. 2049463715583142.

26. AsadiNoghabi F, Soudagar S, Nazari O. Knowledge, attitude and performance of nurses regarding pain assessment and measurement, Bandar Abbas, Iran. *Med J Hormozgan* 2011; 16(5): 403-13. (Persian)
27. Lai YH, Chen ML, Tsai LY. Are nurses prepared to manage cancer pain? A national survey of nurse's knowledge about pain control in Taiwan. *J Pain Symp Manag* 2003; 5(26): 1016-25. (Persian)
28. Zakerimoghaddam M. Relationship between nurse's knowledge about pain and satisfaction of pain relieving procedures among post-operative CABG patients. *Hayat J* 2011; 17(3): 49-58. (Persian)
29. Mohebbi P. Non-medical knowledge and practice of nurses in the management of pain in Children's Hospital of Tabriz. *J Aflak* 2011; 7(22, 23): 5-12.
30. Manworren RC. Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain. *Pediatric Nurs* 2000;26(6):610.
31. Clarke EB, French B, Bilodeau ML, Capasso VC, Edwards A, Empoliti J. Pain management knowledge, attitudes and clinical practice: the impact of nurses' characteristics and education. *J Pain Symptom Manag* 2005; 11: 18-31.
32. Wilson B. Nurses' knowledge of pain. *J Clin Nurs* 2007; 16: 1012-20.
33. Sloan PA, Vanderveer BL, Snapp JS, Johnson M, Sloan DA. Cancer pain assessment and management recommendations by hospice nurses. University of Kentucky, Lexington, Kentucky. *J Pain Symptom Manage* 1999;18(2):103-10.
34. Tse MMY, Chan BSH. Knowledge and attitudes in pain management: Hong Kong nurses' perspective. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2004;18(1):47-58.
35. Nimmaanrat S, Prechawai CH, Phungrassami T. cancer pain and its Management: A survey on Interns' Knowledge, Attitudes and Barriers. *Palliat Care: Res Treat* 2010; 4: 11-7.
36. Enskär K, Ljusegren G, Berglund G, Eatin N, Harding R, Mokoena L, et al. Attitudes to and knowledge about pain and pain management, of nurses working with children with cancer: A comparative study between UK, South Africa and Sweden. *J Res Nurs* 2007;12: 501-15.
37. Layman Young J, Horton FM, Davidhizar R. Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *J Adv Nurs* 2006; 53: 412-21.
38. Furstenberg CT, Ahles TA, Whedon MB, Pierce KL, Dolan M, Roberts L, et al. Knowledge and attitudes of health-care providers toward cancer pain management: a comparison of physicians, nurses, and pharmacists in the state of New Hampshire. *J Pain Symptom Manage* 1998;15(6):335-49.
39. Ghorbani Moghaddam Z, Jahanpour F, Hajivandi A. Knowledge ,attitude and practice of nursing regarding post operative pain management in hospitals affiliated to Bushehr University of Medical Sciences Management. *Nurs Vulnerables* 2015;1(1):32-41. (Persian)
40. Alavi A, Namnabati M, Abdeyzadeh Z, Parvin N, Akbari N, Samipoor V, Deris F. Pediatric pain management by nurses in educational hospitals of Shahrekord in 2006. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2008; 10(2): 66-71. (Persian)
41. Salanterä S, Lauri S, Salmi TT, Helenius H. Nurses' knowledge about pharmacological and nonpharmacological pain management in children. *J Pain Symptom Manage* 1999; 18(4): 289-99.
42. Varvani Farahani P, Alhani F. Studying the effect of establishing nursing pain commission on using pain scale tools on pediatrics. In: International Pain Conference. Tehran: Imam Khomeini Hospital; 2007. (Persian)
43. Varvani Farahani P, Alhani F. Review of barriers to pediatric pain assessment tools in nursing. *J Nur Midwifery* 2008; 18(62): 40-6. (Persian)

44. McDonald D, Laporta M, Meadows-oliver M. Nurse Response to pain communication from practice a post-test experimental study. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(1): 29-35.
45. Latchman J. Improving Pain Management at the Nursing Education Level: Evaluating Knowledge and Attitudes. *J Adv Pract Oncol* 2014; 5(1): 10–6.
46. Alzghoul B.I, Chew Abdullah N.A. Pain Management Practices by Nurses: An Application of the Knowledge, Attitude and Practices (KAP) Model. *Glob J Health Sci* 2016; 8(6): 154–60.
47. Finley GA, Forgeron P, Arnaout M. Action research: developing a pediatric cancer pain program in Jordan. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35(4):447–54.
48. Curtiss CP. JCAHO: meeting the standards for pain management. *J Orthop Nurs* 2001; 20(2): 27-30, 41.

SURVEY OF NURSE'S KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE IN SURGERY WARDS TOWARD ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF PATIENTS'S PAIN IN TEACHING HOSPITALS OF URMIA IN 2016

Fariba Hosseinzadegan¹, Azam Shahbaz², Madineh Jasemi³

Received: 21 May, 2017; Accepted: 21 Jul, 2017

Abstract

Background & Aims: Lack of control and proper management of pain can lead to high costs for patients, families and society as well as physiological and psychological effects in person. Because of that, nurses compared to other health care workers spent more times with patients, therefore they should have adequate preparation in the field of pain management. The aim of this study was to determine knowledge, attitude and practice of nurses in surgery wards toward assessment and management of patient's pain.

Materials & Methods: This is a descriptive and analytic study that was carried out on 114 nurses that work in surgical wards of teaching hospitals in Urmia by using census method for sampling. Data collection tool was a structured questionnaire containing four parts: demographic data and special questions concerning knowledge, attitude and practice. The data was analyzed by using descriptive and inferential statistics, Spearman and Pearson correlation factors.

Results: Finding of study showed that mean and standard deviation of attitude score for participants was 55.54 ± 5.92 , for practice 10.46 ± 2.57 and for knowledge 9.66 ± 2.30 . There was no statistical correlation between demographic characteristics and mean score of knowledge, attitude and practice of nurses toward assessment and management of patient pain but there was statistical correlation between education experience about pain management and scores of knowledge and attitudes.

Conclusion: The result of this study showed that nurses have positive attitude and medium knowledge and practice in assessment and management of patients pain therefore need to implement of education program for nurses to accurate assessment and management of patients pain and for improve of caring quality.

Keywords: Knowledge, Attitude, Practice. Nurses, Pain assessment, Pain management

Address: Urmia University of Medical Sciences, Nursing and Midwifery College

Tel: (+98) 4432754963

Email: a.shahbaz62229@yahoo.com

¹ Candidate of PhD in Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Msc in Nursing, faculty member of Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant professor of Nursing department, PhD of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran