

## ارتباط خودکارآمدی مدیریت درد با هوش هیجانی در پرستاران بیمارستان‌های شهرستان بانه در سال ۱۴۰۰

بی‌گردد قادرنژاد<sup>۱</sup>، روناک شاهویی<sup>۲</sup>، بیژن نوری<sup>۳</sup>، ماریا کلهر<sup>۴\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۳/۲۲ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۴/۳۰

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** خودکارآمدی مدیریت صحیح درد و هوش هیجانی از مهم‌ترین مسئولیت‌های پرستاران است که اگر به‌درستی موردتوجه قرار گیرد باعث کاهش درد بیماران، مدیریت بهتر بیماران، افزایش کیفیت مراقبت بیماران، برگشت سریع بیمار به زندگی روزمره، کاهش مدت اقامت در بیمارستان و همچنین کاهش هزینه‌های درمانی را به دنبال دارد. لذا مطالعه حاضر باهدف تعیین خودکارآمدی مدیریت درد و ارتباط آن با هوش هیجانی در پرستاران انجام شد.

**مواد و روش کار:** مطالعه حاضر از نوع مقطعی بود که بر روی ۱۱۰ نفر از پرستاران بخش‌های داخلی و جراحی، عفونی، CCU، ICU، کودکان و اورژانس در شیفت‌های صبح، عصر و شب بیمارستان‌های رازی و صلاح‌الدین شهرستان بانه (ایران) به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه خودکارآمدی مدیریت درد و پرسشنامه هوش هیجانی گلمن توسط پژوهشگر گردآوری شد. نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ و آمار توصیفی و آزمون‌های تی تست مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شد. سطح معناداری برابر ۵ درصد در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** نتایج مطالعه نشان داد که خودکارآمدی مدیریت درد با مشخصات جمعیت‌شناختی پرستاران از قبیل سن، جنسیت، تأهل، سطح تحصیلات، سمت، اضافه‌کاری، سابقه کاری و وضعیت استخدام ارتباط معناداری نداشت ( $P>0/05$ ). ولی بین خودکارآمدی مدیریت درد و ابعاد آن با متغیرهای بخش محل خدمت و کارگاه آموزشی و نیز بین خودکارآمدی مدیریت درد و بعد ارزیابی درد رابطه معنی‌داری وجود داشت ( $P<0/05$ ). متغیر هوش هیجانی با مشخصات جمعیت‌شناختی پرستاران از قبیل سن، جنسیت، تأهل، سطح تحصیلات، بخش محل خدمت، سمت، اضافه‌کاری، سابقه کاری، وضعیت استخدام و شرکت در کارگاه‌های آموزشی ارتباط معناداری نداشت ( $P>0/05$ ). همچنین بین خودکارآمدی مدیریت درد با هوش هیجانی پرستاران تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید ( $P>0/05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج این مطالعه هرچند که خودکارآمدی مدیریت درد با هوش هیجانی پرستاران ارتباط معناداری نداشت، اما بعضی از مشخصات جمعیت‌شناختی آن‌ها ارتباط معناداری داشت. این نشان‌دهنده تأثیر تجارب کاری، آگاهی، دانش مؤثر و نگرش مثبت، داشتن مهارت بر افزایش خودکارآمدی مدیریت درد است.

**کلیدواژه‌ها:** هوش هیجانی، پرستاران، مدیریت درد، خودکارآمدی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره چهارم، پی‌درپی ۱۶۵، تیر ۱۴۰۲، ص ۲۷۱-۲۶۰

**آدرس مکاتبه:** مرکز تحقیقات مراقبت‌های بالینی، پژوهشکده توسعه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، تلفن: ۰۹۱۸۳۷۴۲۹۱۳

Email: ma.kalhor@yahoo.com, begardghadernezhad2015@gmail.com

### مقدمه

می‌کنند (۱). طبق تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد<sup>۵</sup>، درد تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است (۲). طبق پژوهش‌های انجام شده حدود ۲۴ درصد از

واژه درد به‌عنوان پنجمین علامت حیاتی، پدیده‌ای فراگیر است که تقریباً همه افراد در طول عمر خود آن را به‌نوعی تجربه

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

<sup>۲</sup> استاد گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

<sup>۳</sup> استادیار آمار زیستی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

<sup>۴</sup> مرکز تحقیقات مراقبت‌های بالینی، پژوهشکده توسعه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۵</sup> International Association for the Study of Pain (IASP)

افراد بزرگسال در آمریکا از درد رنج می‌برند و در ایران نیز شیوع درد مزمن در جمعیت بزرگسال ۱۸ تا ۶۵ سال از ۹ تا ۲۱ درصد و در میان جمعیت ۶۰ تا ۹۰ سال حدود ۶۷ درصد گزارش شده است (۳، ۴). باوجود سابقه چند هزار ساله تشخیصی و تجربی به روش‌های گوناگون، درمان درد یکی از معضلات پیچیده مراکز درمانی می‌باشد؛ بنابراین مدیریت درد یکی از مهم‌ترین اجزاء مراقبت از بیمار است (۵). مدیریت درد مجموعه‌ای از ارتباطات و فرایندهای پیچیده است که با مشارکت گروهی و تداوم در ارائه مراقبت‌ها حاصل می‌شود لذا اقدامات انجام شده در مدیریت درد باید مبتنی بر شواهد بوده و به یک فرایند استاندارد و مبتنی بر نیازهای بیمار ارائه گردد (۶). مدیریت و کنترل درد مزایای زیادی دارد که یکی از این موارد پیشگیری از عوارض احتمالی به دنبال بروز درد می‌باشد. اکثر بیماران پس از ترخیص اظهار می‌کنند که دردشان طی بستری در بیمارستان به‌طور کافی بررسی و مدیریت نشده است (۷). یکی از ابعاد اصلی مراقبت‌های پرستاری که بسیار مهم می‌باشد این است که ارزیابی و کنترل درد به‌صورت مکرر و معمول باید صورت بگیرد؛ اما این ارزیابی همیشه انجام نمی‌شود (۸). دلایل عدم انجام ارزیابی و مدیریت کافی درد شامل ناکافی بودن سطح دانش پرستاران، تصورات غلط در موردسنجش درد، مقاومت در برابر استفاده از ابزار معتبر، افزایش حجم کار پرستاری، ناپایداری همودینامیک بیماران و عدم برقراری ارتباط در برخی بیماران می‌باشد (۹). طبق بررسی‌های انجام شده، نتایج در خصوص درد و مدیریت آن در اکثر موارد نشان‌دهنده موفقیت کم پرستاران در مدیریت درد بیماران می‌باشد (۱۰). عدم مدیریت درد باعث افزایش روزهای اقامت در بیمارستان، بستری مجدد، نارضایتی بیماران از مراقبت‌های بهداشتی، افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی و درنهایت ناخوشی و مرگ‌ومیر این گروه از بیماران می‌گردد (۱۱).

امروزه برای تبیین درد و واکنش‌های متفاوت نسبت به آن، الگوها و مدل‌های روان‌شناختی متعددی در دنیای روانشناسی درد، پا به عرصه ظهور گذاشته است که اکثر آن‌ها، به نقش پاسخ‌های اجتنابی و مقابله‌ای متناسب با درد پرداخته‌اند (۱۲). یکی از این متغیرهای مثبت که تحت عنوان منابع مقابله‌ای درد شناخته می‌شوند، خودکارآمدی درد است (۱۳). خودکارآمدی یک مفهوم وسیع و گسترده است و دلالت بر باورهای افراد برای انجام تکالیف خاص و رسیدن به پیامدهای دلخواه تعریف می‌شود، ضمن اینکه خودکارآمدی به معنای تسلط در حیطه و تکلیف خاص، به‌جای تسلط به معنای کلی آن در نظر گرفته شده است (۱۴). پژوهش‌ها نشان دادند که ویژگی‌های روانی مثبت، مثل خودکارآمدی، می‌تواند

به‌عنوان یک تعدیل‌کننده بین فاجعه‌آفرینی و درد و فاجعه‌آفرینی و پیامدهای مرتبط با درد عمل کند (۱۵). مفهوم خودکارآمدی توانایی انجام یک فعالیت خاص و انتظار توانایی داشتن برای انجام موفقیت‌آمیز یک رفتار معین هست که بیشترین تأثیر را بر عملکرد پرستاری دارد (۱۶). درک خودکارآمدی به‌عنوان پیشگویی‌کننده رفتار پرستاران نقش مهمی بر روی عملکرد حرفه‌ای پرستاران دارد. تحقیقات پرستاری نشان داده که پرستارانی با درک خودکارآمدی بالاتر، عملکرد بهتری را نشان می‌دهند و نسبت به پرستارانی که خودکارآمدی پایین‌تری دارند مراقبت با کیفیت‌تری را ارائه می‌دهند. از طرفی این پرستاران به کار خود تعهد بیشتری داشته و در مقابل مشکلات استقامت بیشتری نشان می‌دهند (۱۷).

خودکارآمدی مراقبتی پرستاران موجب کاهش درد بیماران، مدیریت بهتر بیماران و افزایش کیفیت مراقبت بیماران می‌شود، این به آن معنی است که بیماران نتایج بهتری دریافت می‌کنند، سریع‌تر بهبود می‌یابند و زمان کمتری در بیمارستان خواهند بود، که موجب افزایش رضایت، اعتماد و اطمینان بیماران به سیستم ارائه مراقبت می‌گردد (۱۸). مطالعات انجام شده بر روی خودکارآمدی مدیریت درد، عمدتاً بر بیماران متمرکز شده است؛ درحالی‌که خودکارآمدی مدیریت درد متخصصان مراقبت‌های بهداشتی مانند پرستاران، موضوعی دارای اهمیت است که نیاز به بررسی و مطالعه بیشتر دارد (۱۹-۲۱).

با توجه به اینکه حرفه پرستاری به‌عنوان حرفه‌ای حساس در حوزه سلامت شناخته شده است و همچنین پرستاران به خاطر خصوصیات و شرایط محیط کار خود به‌طور مکرر در معرض فشار کاری هستند (۲۲) و یکی از این شرایط فشار کاری، مدیریت درد است، لذا پرستاران باید توانایی بیشتری در زمینه کنترل مدیریت درد داشته باشند که در این راستا یکی از مهارت‌های که می‌تواند باعث افزایش کارایی مدیریت درد در آن‌ها است، هوش هیجانی<sup>۱</sup> است (۲۳). دانیل گلمن<sup>۲</sup> هوش هیجانی را به‌عنوان معین‌کننده‌ی ظرفیت شناخت احساسات شخصی خود و دیگران و ایجاد انگیزه در خود و مدیریت این احساسات به‌طور صحیح در روابط تعریف کرده است (۲۴). هوش هیجانی موجب بالا رفتن سطح خدمات پرستاری می‌شود (۲۵). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که پرستاران با داشتن هوش هیجانی بالاتر عملکرد بهتری داشتند و درنهایت می‌توانستند بیماران را به‌خوبی مدیریت کنند (۲۶). هوش هیجانی مرکز عملکرد بالینی پرستاران است، به‌واسطه این مهارت است که آنان در می‌یابند در محیط چندبعدی بالینی، چگونه باید کارایی بهتری داشته باشند تا بتوانند عملکرد مناسبی در برابر بیماران داشته باشند. لذا هوش

<sup>1</sup> Emotional intelligence

<sup>2</sup> Daniel Goleman

هیجانی بر تصمیم‌گیری بهتر و توانایی حل مشکل نیز تأثیر دارد که این خود بر عملکرد پرستاران اثرگذار خواهد بود (۲۷).

پرستارانی که دارای هوش هیجانی بالا هستند، می‌توانند با هماهنگی در تفکر و احساساتشان به فعالیت بپردازند (۲۸). مهارت‌های هوش هیجانی به پرستاران اجازه می‌دهد که هیجانات، رفتارها و عکس‌العمل‌های خود را در مواجهه با بیمار و مشکلات او بهتر بشناسند. استفاده از این مهارت به‌عنوان یک راه کمک‌کننده برای پرستاران موجب می‌شود، آن‌ها دیدگاه ارزشمندی نسبت به پیچیدگی‌های بالین پیدا نموده و دیدشان نسبت به نقش‌هایشان متحول می‌شود و موجب اداره خرمندانه روابط بین پرستار و خودکارآمدی مدیریت درد در بیماران می‌گردد (۲۹). امروزه با توجه به وسعت نقش پرستار در مراکز درمانی و خدمات بالینی متنوع آن‌ها، پرستاران علاوه بر مهارت علمی و دانش، به قدرت حل مسئله و تصمیم‌گیری مناسب و توانایی ارتباط صحیح و آگاهی از احساسات و سیستم ارزشی خود و بیماران برای مدیریت صحیح در موقعیت‌های مختلف نیازمندند، لذا هوش هیجانی موجب ارتقای خودکارآمدی و افزایش سطح خدمات پرستاران و افزایش رضایت بیماران می‌گردد (۳۰). سلیمی و همکاران (۲۰۱۷) دریافتند که ارتباط متقابل دو عامل تأثیرگذار خودکارآمدی و هوش هیجانی موجب موفقیت‌های فردی و اجتماعی در زندگی است (۳۱). کاهش واکنش تنیدگی افراد و تفسیر نادرست حالت‌های هیجانی در تغییر و اصلاح باورهای خودکارآمدی تأثیر دارند (۳۲). در حال حاضر بدون اینکه درد بیمار سنجیده شود در بخش‌های مختلف مراکز درمانی جهت کاهش درد بیماران از داروهای ضد درد به‌طور روتین استفاده می‌گردد. در صورتیکه با سنجش درد می‌توان میزان دارو را کاهش یا افزایش داد. افزایش مصرف داروهای تسکین‌دهنده درد عوارض خاص خودش را دارد همان‌طور که کاهش آن نیز باعث افزایش درد بیماران و عواقب و طولانی شدن سیر بیماری می‌شود. کاربرد یک الگوریتم در خودکارآمدی مدیریت درد با استفاده از ابزار سنجش درد غیرکلامی جهت کنترل بهتر درد در بیماران مفید است (۳۳).

با توجه به مطالبی که در خصوص مدیریت ناکافی درد به‌ویژه در بیماران با عوارض و پیامدهای منفی درد و عدم استفاده پرستاران از روش‌های مدیریت و کنترل درد ذکر شد و مشاهده اینکه در بخش‌های مختلف مراکز درمانی پرستاران از رویکرد جامعی جهت مدیریت و کنترل درد بیماران استفاده نمی‌کنند و همچنین با توجه به اینکه بین خودکارآمدی و هوش هیجانی مطالعاتی در سایر حوزه‌ها انجام شده ولی پژوهشگر تاکنون موفق به یافتن مطالعه‌ای در حیطه خودکارآمدی مدیریت درد و هوش هیجانی در پرستاران

نشده است. لذا این مطالعه باهدف تعیین خودکارآمدی مدیریت درد و ارتباط آن با هوش هیجانی در پرستاران بیمارستان‌های شهرستان بانه در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

### مواد و روش کار

در این مطالعه که یک مطالعه توصیفی-تحلیلی می‌باشد تعداد ۱۷۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی، جراحی زنان و مردان، یک بخش عفونی، یک بخش CCU، دو بخش ICU، یک بخش کودکان و دو بخش اورژانس در شیفت‌های صبح، عصر و شب بیمارستان‌های رازی و صلاح‌الدین ایوبی شهرستان بانه در سال ۱۴۰۰ انتخاب شدند و به دلیل حجم کم پرستاران شاغل در این بخش‌ها از روش تمام‌شماری برای انتخاب نمونه‌ها استفاده شد که دارای معیارهای ورودی: سابقه کار بیش از یک‌سال و تمایل به شرکت در پژوهش بودند. معیار خروج از مطالعه نیز تکمیل ناقص پرسشنامه است. داده‌های این مطالعه از طریق پرسشنامه‌ای که قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک پرستاران درباره سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، بخش محل خدمت، سمت، اضافه‌کاری، سابقه کار، وضعیت استخدامی و شرکت در کارگاه آموزشی بوده و قسمت دوم آن پرسشنامه‌های خودکارآمدی مدیریت درد پرستاران و هوش هیجانی گلن می‌باشد، گردآوری شد. پرسشنامه خودکارآمدی مدیریت درد ماسیندو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۸) شامل ۱۷ سؤال با مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای خیلی عالی «۵»، عالی «۴»، خیلی خوب «۳»، خوب «۲»، ضعیف «۱» و خیلی ضعیف «۰» است. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۰ تا ۸۵ است و پرستارانی که نمره ۸۵ را به دست آورند دارای خودکارآمدی بالایی در مدیریت درد هستند. پرسشنامه خودکارآمدی مدیریت درد پرستاران دارای دو زیر مقیاس ارزیابی درد شامل سؤالات «۱»، «۲»، «۳»، «۴»، «۵»، «۸»، «۱۰»، «۱۳» و «۱۷» و مدیریت درد شامل سؤالات «۶»، «۷»، «۹»، «۱۱»، «۱۲»، «۱۴»، «۱۵» و «۱۶» است. این پرسشنامه در سال ۱۳۹۹ توسط رضایی و همکاران در ایران روان‌سنجی شده است و ضریب آلفای کرونباخ کل آن ۰/۹۰ بوده است (۳۴). پرسشنامه هوش هیجانی گلن (۱۹۹۵) شامل ۳۳ سؤال با مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای خیلی زیاد «۵»، زیاد «۴»، تا حدی «۳»، کم «۲» و خیلی کم «۱» است. سؤالات این آزمون شامل پنج زیر مقیاس است که نمره هرکدام از آن‌ها جداگانه محاسبه خواهد گردید. این زیر مقیاس‌ها عبارت‌اند از خودآگاهی «۶»، «۱۰»، «۱۲»، «۱۴»، «۲۴»، «۲۷»، «۳۲» و «۳۳»، خودتنظیمی «۲»، «۵»، «۱۱»، «۱۶»، «۱۸»، «۲۳» و «۳۰»، خودانگیختگی «۱»، «۹»، «۱۵»، «۲۰»، «۲۱»، «۲۶» و «۳۱»، همدلی «۳»، «۴»، «۱۷»، «۲۲»، «۲۵» و «۲۹» و مهارت‌های

<sup>1</sup> Masindo

اجتماعی «۷، ۸، ۱۳، ۱۹ و ۲۸» است. کمترین نمره هر سؤال یک و بیشترین نمره هر سؤال پنج و دامنه نمرات این پرسش‌نامه از ۳۳ تا ۱۶۵ است. نمره محاسبه‌شده بین ۳۳ تا ۶۶ نشان‌دهنده هوش هیجانی پایین، نمره بین ۶۶ تا ۱۰۰ هوش هیجانی متوسط و نمره ۱۰۰ به بالا نشان‌دهنده هوش هیجانی بالای پرستاران است. این پرسش‌نامه در مطالعه رستمی و همکاران در سال ۱۳۹۵ بر روی پرستاران اعتبار سنجی شده و ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس هوش هیجانی معادل ۰/۷۹ به‌دست‌آمده است (۳۵). همچنین روایی پرسشنامه به تأیید ۱۰ نفر از اساتید پرستاری دانشگاه علوم پزشکی رسید و پایایی پرسشنامه پس از توزیع در جامعه آماری با روش آلفای کرونباخ محاسبه و مقدار ۰/۸۵۱ به دست آمد. پژوهشگر بعد از اخذ مجوز از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و مراکز موردنظر، به‌منظور انجام مطالعه در آن مراکز حاضر شد و علت و هدف مطالعه برای پرستاران شاغل در این بخش‌ها شرح داده شد، و نیز به آن‌ها اطلاع داده شد که حضورشان در این مطالعه کاملاً اختیاری بوده و هیچ اعمال فشاری در این‌باره برای آن‌ها وجود ندارد. به‌منظور رعایت موازین اخلاقی و محرمانه ماندن اطلاعات پرسشنامه‌ها بی‌نام و کدگذاری شده در میان نمونه‌ها توزیع شد. در پایان از آمار توصیفی (جدول فراوانی میانگین و انحراف معیار)، آمار استنباطی و ضریب همبستگی اسپیرمن و پیرسون جهت آنالیز اطلاعات استفاده گردید. داده‌های در سطح معنی‌دار ۰/۰۵ و در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تجزیه و تحلیل شده است.

## یافته‌ها

نتایج به‌دست‌آمده حاصل از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سن پرستاران بیمارستان‌های شهرستان بانه ۲۹/۸۷ با انحراف استاندارد ۴/۱۷ است که بیانگر آن است بیشتر پرسنل پرستاری را افراد جوان تشکیل می‌دهند. یافته‌های در مورد سن پرستاران واحدهای موردپژوهش نشان‌دهنده آن است که بیشتر پرستاران افراد جوان با سابقه خدمتی بیشتر از یک و کمتر از پنج سال است. در این پژوهش ۶۰ درصد (۶۶ نفر) پرستاران مرد و ۴۰ درصد (۴۴ نفر) پرستاران زن هستند. ۵۵/۵ درصد (۶۱ نفر) پرستاران متأهل و ۴۴/۵ درصد (۴۹ نفر) پرستاران مجرد هستند. ۹۷/۳ درصد (۱۰۷ نفر) پرستاران کارشناسی و ۲/۷ درصد (۳ نفر) از پرستاران بیمارستان‌های شهرستان بانه دارای مدرک کارشناسی ارشد هستند. همچنین ۱۹/۱ درصد (۲۱ نفر) از پرستاران در بخش داخلی، ۱۱/۸ درصد (۱۳ نفر) در بخش جراحی، ۱۰ درصد (۱۱ نفر) در بخش عفونی، ۱۰/۹ درصد (۱۲ نفر) در بخش CCU، ۱۷/۳ درصد (۱۹ نفر) در بخش ICU، ۱۳/۶ درصد (۱۵ نفر) در بخش

کودکان و ۱۷/۳ درصد (۱۹ نفر) در بخش اورژانس هستند به‌طوری‌که ۹۴/۵ درصد (۱۰۴ نفر) پرستار و ۵/۵ درصد (۶ نفر) سرپرستار مشغول خدمت می‌باشند و نشان‌دهنده آن است بیشتر شرکت‌کنندگان در این پژوهش در بخش داخلی و در پست سازمانی پرستار خدمت می‌کنند. همچنین بخش دیگری از یافته‌ها حاکی از آن است ۷۶/۴ درصد (۸۴ نفر) اضافه‌کاری دارند و ۲۳/۶ درصد (۲۶ نفر) از پرستاران فاقد اضافه‌کاری هستند. میانگین سابقه کاری پرستاران بیمارستان‌های شهرستان بانه ۶/۵۶ با انحراف استاندارد ۲/۴۹ است که بیانگر آن است سابقه پرستاران در سطح مطلوب و مجرب هستند. ۲۷/۳ درصد (۳۰ نفر) از پرسنل پرستاری دارای وضعیت استخدامی رسمی، ۲/۷ درصد (۳ نفر) رسمی آزمایشی، ۲۸/۲ درصد (۳۱ نفر) پیمانی، ۳/۶ درصد (۴ نفر) قراردادی و ۳۸/۲ درصد (۴۲ نفر) دارای وضعیت استخدامی طرحی هستند که نشان‌دهنده آن است که بیشتر پرستاران دارای وضعیت استخدامی طرحی هستند. ۳۶/۴ درصد (۴۰ نفر) از پرستاران در کارگاه‌های آموزشی شرکت داشته و ۶۳/۶ درصد (۷۰ نفر) از پرستاران در کارگاه‌های آموزشی شرکت نداشتند.

نتایج حاصل از مطالعه در جدول «۱» نشان داد که از بین ابعاد خودکارآمدی مدیریت درد میانگین و انحراف معیار ارزیابی درد ( $31/62 \pm 4/43$ ) بیشترتر از مدیریت درد است. یافته‌ها بیانگر این است که میانگین بعد ارزیابی درد ۳۱/۶۲ و انحراف معیار آن ۴/۴۳؛ میانگین بعد مدیریت درد ۲۷/۶۰ و انحراف معیار آن ۴/۸۱ و میانگین خودکارآمدی مدیریت درد ۵۹/۲۳ و انحراف معیار آن ۸/۵۵ می‌باشد. نتایج حاصل از مطالعه در جدول «۲» نشان داد که از بین ابعاد هوش هیجانی میانگین و انحراف معیار خودآگاهی ( $20/4 \pm 4/16$ ) از بقیه ابعاد بیشتر است. نتایج نشان داد که میانگین بعد خودآگاهی ۲۰/۴۱ و انحراف معیار آن ۴/۱۶، میانگین بعد خودتنظیمی ۱۵/۹۰ و انحراف معیار آن ۳/۴۷، میانگین بعد خودانگیختگی ۱۶/۳۱ و انحراف معیار آن ۳/۷۷، میانگین بعد همدلی ۱۵/۶۷ و انحراف معیار آن ۳/۶۵، میانگین بعد مهارت‌های اجتماعی ۱۰/۷۵ و انحراف معیار آن ۲/۸۸ و میانگین هوش هیجانی پرستاران ۷۹/۰۷ و انحراف معیار آن ۱۴/۳۷ به‌دست آمد که با توجه به اینکه میانگین به‌دست‌آمده ما بین ۶۶ تا ۱۰۰ است و همین امر بیانگر هوش هیجانی متوسط پرستاران بیمارستان‌های شهرستان بانه است.

نتایج حاصل از مطالعه در جدول «۳» نشان داد که از بین متغیرها فقط بخش محل خدمت و سمت و همچنین کارگاه آموزشی با خودکارآمدی مدیریت درد و ابعاد آن ارتباط معناداری دارد ( $p < 0/05$ ). مابقی متغیرها ارتباط معناداری با خودکارآمدی مدیریت درد و ابعاد آن نداشتند ( $p > 0/05$ ).

نتایج حاصل از مطالعه در جدول «۴» نشان داد که از بین نداشتند ( $p > 0.05$ ).  
متغیرها هیچ‌کدام با هوش هیجانی و ابعاد آن ارتباط معناداری

جدول (۱). میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی مدیریت درد و ابعاد آن در شرکت‌کنندگان در مطالعه		
خودکارآمدی مدیریت درد و ابعاد آن	میانگین نمره	انحراف معیار
ارزیابی درد	۳۱/۶۲	۴/۴۳
مدیریت درد	۲۷/۶۰	۴/۸۱
نمره کل	۵۹/۲۳	۸/۵۵

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار نمره هوش هیجانی و ابعاد آن در شرکت‌کنندگان در مطالعه		
هوش هیجانی و ابعاد آن	میانگین	انحراف معیار
خودآگاهی	۲۰/۴۱	۴/۶
خودتنظیمی	۱۵/۹۰	۳/۴۷
خودانگیزگی	۱۶/۳۱	۳/۷۷
همدلی	۱۵/۶۷	۳/۶۵
مهارت‌های اجتماعی	۱۰/۷۵	۲/۸۸
نمره کل	۷۹/۰۷	۱۴/۳۷

جدول (۳): ارتباط متغیرها با خودکارآمدی مدیریت درد و ابعاد آن در شرکت‌کنندگان در مطالعه				
متغیر	مدیریت درد	ارزیابی درد	خودکارآمدی مدیریت درد	
سن	۰/۴۲۵	۰/۶۳۵	۰/۴۸۷	×سطح معنی‌داری (P Value)
جنسیت	۰/۱۱۷	۰/۱۴۱	۰/۱۰۰	××سطح معنی‌داری (P Value)
وضعیت تأهل	۰/۳۲۵	۰/۳۹۵	۰/۳۲۰	××سطح معنی‌داری (P Value)
سطح تحصیلات	۰/۹۲۰	۰/۶۸۲	۰/۸۷۶	××سطح معنی‌داری (P Value)
بخش محل خدمت	۰/۰۴۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۴	×××سطح معنی‌داری (P Value)
سمت	۰/۰۳۱	۰/۰۱۶	۰/۰۳۶	×سطح معنی‌داری (P Value)
اضافه‌کاری	۰/۶۰۵	۰/۷۱۳	۰/۹۲۰	×سطح معنی‌داری (P Value)
سابقه کاری	۰/۱۴۲	۰/۳۰۸	۰/۱۷۵	×سطح معنی‌داری (P Value)
وضعیت استخدام	۰/۰۶۰	۰/۱۳۶	۰/۰۶۷	×××سطح معنی‌داری (P Value)
کارگاه آموزشی	۰/۰۰۲	۰/۰۱۳	۰/۰۰۳	×سطح معنی‌داری (P Value)

×ضریب همبستگی پیرسون      ××تی تست مستقل      ×××آنالیز واریانس یک طرفه

جدول (۴): ارتباط متغیرها با هوش هیجانی و ابعاد آن در شرکت‌کنندگان در مطالعه					
متغیر	خودآگاهی	خودتنظیمی	خودانگیزگی	همدلی	مهارت‌های اجتماعی
سن	۰/۲۴۷	۰/۹۶۳	۰/۱۶۸	۰/۳۶۲	۰/۵۳۷
جنسیت	۰/۰۵۹	۰/۷۳۹	۰/۴۴۱	۰/۲۳۵	۰/۲۳۲
وضعیت تأهل	۰/۵۲۱	۰/۶۰۴	۰/۲۳۵	۰/۴۳۳	۰/۸۹۴
سطح تحصیلات	۰/۴۲۹	۰/۷۰۴	۰/۲۷۶	۰/۲۰۳	۰/۸۸۲

متغیر	خودآگاهی	خودتنظیمی	خوداندکیختگی	همدلی	مهارت‌های اجتماعی	هوش هیجانی
بخش خدمت	محل سطح معنی‌داری (P)	۰/۳۱۰	۰/۳۱۷	۰/۷۹۵	۰/۳۶۲	۰/۵۳۱
سمت	سطح معنی‌داری (P Value)	۰/۲۹۶	۰/۹۴۸	۰/۲۲۶	۰/۵۶۵	۰/۴۲۴
اضافه‌کاری	سطح معنی‌داری (P Value)	۰/۵۵۷	۰/۸۶۶	۰/۷۱۱	۰/۵۶۲	۰/۷۴۳
سابقه کاری	سطح معنی‌داری (P Value)	۰/۰۶۲	۰/۸۷۷	۰/۵۹۶	۰/۳۱۵	۰/۳۷۶
وضعیت استخدام	سطح معنی‌داری (P Value)	۰/۱۲۴	۰/۰۸۱	۰/۳۵۹	۰/۰۵۵	۰/۳۲۱
کارگاه آموزشی	سطح معنی‌داری (P Value)	۰/۳۴۰	۰/۶۷۷	۰/۳۸۲	۰/۱۲۸	۰/۸۴۸
×ضریب همبستگی پیرسون      ××تی تست مستقل      ×××آنالیز واریانس یک طرفه						

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها در مورد جنسیت واحدهای مورد پژوهش، بیشترین فراوانی مربوط به پرستاران مرد و کمترین فراوانی مربوط به پرستاران زن بوده است که به نظر پژوهشگر علت این امر محدودیت بیشتر زنان جهت حضور در شغل پرستاری بیمارستان‌های شهرستان بانه است. از نظر پژوهشگر وضعیت استخدامی پرستاران بیانگر این است که درصد بالای آن‌ها در وضعیت استخدامی طرحی هستند که همین امر کاهش امنیت شغلی پرستاران طرحی و کاهش انگیزه کاری را در پی دارد. همچنین میزان شرکت‌کنندگان در کارگاه‌های آموزشی پرستاران از نظر پژوهشگر بیانگر این است که با توجه به حساسیت جایگاه شغلی پرستاران، نیازمند توجه بیشتر به موضوع کارگاه‌های آموزشی پرستاران توسط برنامه‌ریزان است.

نتایج این مطالعه بیانگر آن است که خودکارآمدی مدیریت درد با توجه به اینکه حداکثر نمره ۸۵ می‌باشد، در حد متوسط به بالا است. خودکارآمدی مدیریت درد به اطمینان در ارائه ارزیابی مشترک و تکراری، درمان و مستندسازی درد و علائم مرتبط با درد با توجه به خصوصیات و ترجیحات بیمار اشاره دارد. همچنین در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت که هوش هیجانی پرستاران در بیمارستان‌های آموزشی شهرستان‌های بانه در سطح متوسطی است به‌طوری‌که همین عامل سبب می‌گردد پرستاران در برابر هیجانات و احساساتشان، تصمیمات بهتر و معطوف به بیماران بگیرند.

نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون بیانگر این است که خودکارآمدی مدیریت درد با مشخصات جمعیت‌شناختی از قبیل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، اضافه‌کاری، سمت (در مؤلفه مدیریت درد)، سابقه کاری و وضعیت استخدام ارتباطی وجود ندارد ولی با بخش محل خدمت، سمت و کارگاه آموزشی

ارتباط معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با یافته‌های پژوهش پسینی ۱ و همکاران (۲۰۲۳) مطابقت دارد (۳۶). در این پژوهش هیچ ارتباطی بین جنسیت وجود ندارد. به عبارتی با افزایش سن و سابقه کار، خودکارآمدی مدیریت درد پرستاران افزایش نمی‌یابد. بر اساس نتایج پژوهش ترجمان و همکاران یکی از موانع اساسی در مدیریت درد توسط پرستاران نقص دانش و مهارت عنوان‌شده و این محدودیت‌ها شامل کمبود دانش در مورد داروهای مسکن، روش‌های غیردارویی درد و بررسی فیزیولوژیکی درد بیشتر قابل‌توجه است (۳۷). این یافته در مطالعه کلارک ۲ و همکاران نیز به‌صراحت نشان داده‌شده که پرستاران کمبود دانش در مدیریت درد داشته و از دانش خود جهت ارزیابی و بررسی صحیح درد استفاده نمی‌کنند، لذا جهت توسعه مدیریت درد نیاز به مداخلات آموزشی و همچنین عملکردی می‌باشند (۳۸). این مطالعات در راستای تأیید یافته‌های این پژوهش است. در تبیین یافته‌های حاصله می‌توان گفت که در ارتباط با وجود و عدم وجود رابطه بین متغیرها می‌توان به متفاوت بودن جامعه آماری نسبت به دیگر تحقیقات قبلی اشاره کرد. یافته‌های حاصل از این مطالعه و مرور مطالعات قبلی در خصوص سن، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلات، سابقه خدمتی و کارگاه آموزشی نمی‌تواند به‌تنهایی ملاک عملکرد پرستاران در خصوص مدیریت و ارزیابی درد قرار گیرد. بسیاری از معیارهای ارزیابی، از معیارهای کمی و عینی پرهیز می‌کنند و معیارهای کیفی و ذهنی را ملاک قرار می‌دهند که توجه به این نوع ارزیابی‌های ذهنی می‌تواند با اعمال سلاقی و خطاهای روانی ارزیابی‌کننده همراه باشد. بهرامی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که اکثر پرستاران آموزش‌های لازم در خصوص مدیریت درد نداشتند و همچنین آن‌ها برای ارزشیابی مداخلات و عملکرد مطلوب نیاز به دوره‌های آموزش

<sup>1</sup> Pasini

<sup>2</sup> Clarke

مدیریت درد دارند (۳۹). همچنین در تحقیق گونارسدوتیرا و همکاران با پیاده‌سازی اقدامات استاندارد شده برای ارزیابی درد، عملکرد پرستاران در ارتباط با مدیریت درد از ۱۳ درصد به ۲۵ درصد افزایش یافت (۴۰). در پژوهش چپاروتو ۱۲ اکثر پرستاران در برهه‌های مربوط به سنجش درد مشکل داشتند (۴۱).

نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون در رابطه با ارتباط هوش هیجانی و سایر متغیرها بیانگر این است که هوش هیجانی با مشخصات جمعیت‌شناختی از قبیل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، بخش محل خدمت، سمت، اضافه‌کاری، سابقه کاری، وضعیت استخدام و کارگاه آموزشی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. مطالعات انجام شده در زمینه هوش هیجانی، نشان می‌دهد که با افزایش سن، هوش هیجانی افراد تکامل یافته و بیشتر می‌شود (۴۲، ۴۳). در مطالعه حاضر اختلاف بین هوش هیجانی افراد در سنین مختلف معنادار برآورد نشد. این نتیجه بیانگر این امر است که هوش هیجانی امری اکتسابی هستند که با گذشت زمان می‌توان آن‌ها را آموخت و در کار و زندگی به کار بست. در مطالعه حاضر میانگین هوش هیجانی با وضعیت تأهل ارتباط معناداری نداشت. این یافته با نتایج مطالعه گلمن ۳ (۴۴) و ویرا ۴ (۲۹) مطابقت داشت ولی با نتایج مطالعه هانگ ۵ مطابقت نداشت (۴۵). در این مطالعه بین سطح تحصیلات و سابقه کار با هوش هیجانی اختلاف معنادار مشاهده نشد. این نتایج با یافته‌های مطالعه حلیمی ۶ و سان ۷ مطابقت داشت (۴۶، ۴۷). در همین راستا نتایج مطالعه راشد و جانسون نشان داد هوش هیجانی بر حسب جنسیت و سابقه کار تفاوت معنی‌داری دارد (۴۸). همچنین این پژوهش نشان داد که هوش هیجانی در پرستاران بخش محل خدمت ارتباط معناداری ندارد که با یافته‌های مطالعه میکواس-تورس ۸ و همکاران (۴۹) مطابقت ندارد. در نهایت مطالعات حاکی از تأثیر شرکت در کارگاه‌های آموزشی و تأثیر آموزش بر ارتقاء و بهبود مهارت‌های ارتباطی در افراد می‌باشد (۵۰، ۵۱) که افزایش این مهارت بنا بر نتایج این مطالعه می‌تواند موجب بهبود هوش هیجانی پرستاران گردد و منطبق با یافته‌های پژوهش حاضر نبود.

با توجه به اهمیت هوش هیجانی، باید آن را به‌طور بنیادی در متن هر نوع تعلیم و تربیت مرتبط با بهداشت قرار داد (۵۲). باین‌وجود، بررسی‌هایی که به این مهم در پرستاری پرداخته باشد بسیار محدود می‌باشد. نتایج مطالعه گودرزیان (۲۰۱۹) نشان داد که

سطح هوش هیجانی دانشجویان پرستاری در سطح استاندارد و قابل قبول نیست؛ زیرا آموزش مدونی در این مورد صورت نمی‌گیرد؛ ولی می‌توان با پرداختن به آن سطح این مهارت را ارتقا بخشید (۵۳). همچنین نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته‌های این مطالعه نمایانگر این است که ارتباط معناداری بین خودکارآمدی مدیریت درد با هوش هیجانی پرستاران بیمارستان‌های شهرستان بانه مشاهده نگردید که این نتیجه با یافته‌های رایت و اسکات (۵۴) مطابقت ندارد. بر اساس نتایج حاصله می‌توان بیان کرد که هوش هیجانی می‌تواند موفقیت شغلی پرستاران را در مدیریت درد و ارزیابی درد بیماران تسهیل کرده و روابط بین فردی را بهبود بخشد. همچنین هوش هیجانی علاوه بر افزایش توانایی پرستاران در حل مشکلات و مواجهه با مدیریت و ارزیابی درد بیماران دارای دردهای با علائم کمتر شناخته شده، استفاده آن‌ها از راهبردهای کارآمد و سازگارانه‌ی مقابله با استرس را نیز افزایش می‌دهد. برای مقایسه نتایج این پژوهش‌های با نتایج سایر پژوهش‌های مشابه با این عنوان یافت نشد.

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت اهمیت مدیریت و ارزیابی درد و همچنین تقویت ابعاد مختلف هوش هیجانی در پرستاران امری ضروری در حوزه مراقبت‌های بهداشتی از جوانب قانونی و انسانی غیرقابل انکار است. پرستاران مسئول تلاش مستمر برای ارائه مراقبت‌های ایمن، مطلوب و با کیفیت هستند و مراقبت‌های پرستاری را بدون هیچ‌گونه تبعیض و پیش‌داوری به بیماران ارائه می‌کنند. علیرغم اهمیت این موضوع، بیمارستان‌ها باید توجه بیشتری به آن داشته باشند. با عنایت به اینکه تعداد زیادی از پرستاران مورد مطالعه در بخش اورژانس فعالیت می‌کنند و نظر به اینکه بخش اورژانس یک واحد استرس‌زا است که با چندین شرایط حاد سروکار دارد، شناسایی درد اغلب نادیده گرفته می‌شود، ضروری است که توجه ویژه‌ای به این بخش گردد. همچنین ساختار آموزشی موجود در بیمارستان‌های آموزشی شهرستان و شیوه‌های مدیریتی اعمال شده توسط مدیران این‌گونه بیمارستان‌ها نیاز به بازنگری و تغییر دارد.

## نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه هرچند که خودکارآمدی مدیریت درد با هوش هیجانی پرستاران ارتباط معناداری نداشت، اما بعضی

<sup>5</sup> Huang

<sup>6</sup> Halimi

<sup>7</sup> Sun

<sup>8</sup> Miguez-Torres

<sup>1</sup> Gunnarsdottir

<sup>2</sup> Chiarotto

<sup>3</sup> Goleman

<sup>4</sup> Wirawan

شرایط و موقعیت‌های مختلف هنگام برخورد با بیماران شرایط و مشکلات مختلفی که با آن مواجه بودند و مطابقت آن با خودتنظیمی، همدلی، خودانگیزگی و مهارت‌های اجتماعی را مورد ارزیابی قرار ندادند که با توجه نتایج مطالعه به نظر می‌رسد که مطالعات بیشتری موردنیاز باشد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه با کد اخلاق IR.MUK.REC1400.237 در مقطع کارشناسی ارشد، در سال ۱۴۰۰ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی کردستان اجرا شده است. بدین‌وسیله از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بیمارستان‌های رازی و صلاح‌الدین ایوبی شهرستان بانه، تمامی بیماران و خانواده محترمشان که در این طرح ما را یاری فرمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

### References:

1. Bond BM. Evidence-Informed Rehabilitation for Low Back Pain: A Brief Overview.
2. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 2020;161(9):1976-82. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
3. Asghari Moqaddam M-A, Rahmati N, Sho'eyri M-R. The mediational role of pain self-efficacy and fear of movement in explaining the relationship between chronic pain and disability. *J Clin Psych Stud* 2012;2(6):141-68.
4. Kerns RD. Shining the LAMP on efforts to transform pain care in America. *Ann Intern Med* 2018;168(7):517-8. <https://doi.org/10.7326/m18-0061>
5. Dessie M, Asichale A, Belayneh T, Enyew H, Hailekiros A. Knowledge and attitudes of Ethiopian nursing staff regarding post-operative pain management: a cross-sectional multicenter study. *Patient Relat Outcome Meas* 2019;395-403. <https://doi.org/10.2147/prom.s234521>
6. Rababa M, Al-Sabbah S, Hayajneh AA. Nurses' perceived barriers to and facilitators of pain assessment and management in critical care patients: a systematic review. *J Pain Res* 2021;3475-91. <https://doi.org/10.2147/jpr.s332423>
7. Suksompong S, von Bormann S, von Bormann B. Regional catheters for postoperative pain control: Review and observational data. *Anesth Pain Med* 2020;10(1). <https://doi.org/10.5812/aapm.99745>
8. Bautista CA, Nydahl P, Bader MK, Livesay S, Cassier-Woidasky A-K, Olson DM. Executive Summary: Post-Intensive Care Syndrome in the Neurocritical Intensive Care Unit. *J Neurosci Nurs* 2019;51(4):158-61. <https://doi.org/10.1097/jnn.0000000000000438>
9. Al-Sayaghi KM, Fadlalmola HA, Aljohani WA, Alenezi AM, Aljohani DT, Aljohani TA, et al. Nurses' knowledge and attitudes regarding pain assessment and management in Saudi Arabia. *Healthcare* 2022;10(3):528. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030528>
10. Jahantigh f, Yaghoubinia F. Effect of pain management algorithm on pain intensity in patients with loss of consciousness. *Jccnursing* 2019;12(3):15-24.
11. Bakal MS. Post operative pain assessment and pain management among patients undergoing cranioplasty. *Int J Multidis Res* 5(2).

12. Wu X, Xu H, Zhang X, Han S, Ge L, Li X, et al. Self-efficacy, hope as mediators between positive coping and resilience among patients with gastric cancer before the first chemotherapy. *Cancer Nurs* 2021;44(1):79-85.  
<https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000753>
13. Martinez-Calderon J, Flores-Cortes M, Morales-Asencio JM, Fernandez-Sanchez M, Luque-Suarez A. Which interventions enhance pain self-efficacy in people with chronic musculoskeletal pain? A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials, including over 12 000 participants. *J Orthop Sports Phys Ther* 2020;50(8):418-30.  
<https://doi.org/10.2519/jospt.2020.9319>
14. White LL, Cohen MZ, Berger AM, Kupzyk KA, Bierman PJ. Self-efficacy for management of symptoms and symptom distress in adults with cancer: An integrative review. *Oncol Nurs Forum* 2019;46(1):113-28.  
<https://doi.org/10.1188/19.onf.113-128>
15. Tighe CA, Youk A, Ibrahim SA, Weiner DK, Vina ER, Kwok CK, et al. Pain catastrophizing and arthritis self-efficacy as mediators of sleep disturbance and osteoarthritis symptom severity. *Pain Med* 2020;21(3):501-10.  
<https://doi.org/10.1093/pm/pnz187>
16. Zeng G, Fung S-f, Li J, Hussain N, Yu P. Evaluating the psychometric properties and factor structure of the general self-efficacy scale in China. *Curr Psychol* 2020;1-11. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00924-9>
17. Bahrami M, Alavi A, Zargham-Boroujeni A, Yousefy A. Clarify of caring self-efficacy perception of pediatric nurse's perspectives: A qualitative study. *J Pediatr Nurs* 2019;5:26-36.  
<https://doi.org/10.1111/jspn.12110>
18. Dowding D, Merrill JA, Barrón Y, Onorato N, Jonas K, Russell D. Usability evaluation of a dashboard for home care nurses. *Comput Inform Nurs* 2019;37(1):11-9.  
<https://doi.org/10.1097/cin.0000000000000484>
19. Picha KJ, Lester M, Heebner NR, Abt JP, Usher EL, Capilouto G, et al. The self-efficacy for home exercise programs scale: development and psychometric properties. *J Orthop Sports Phys Ther* 2019;49(9):647-55.  
<https://doi.org/10.2519/jospt.2019.8779>
20. Mardani A, Paal P, Weck C, Jamshed S, Vaismoradi M. Practical Considerations of PRN Medicines Management: An Integrative Systematic Review. *Front Pharmac* 2022;13.  
<https://doi.org/10.3389/fphar.2022.759998>
21. Aliakbari M, Parvizy S, Tarvirdinasab S, Raznahan R. The effect of pain management training in workshop on the knowledge, attitude and self-efficacy of pediatric nurses. *J Family Med Prim Care* 2020;9(6):2880.  
[https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_92\\_20](https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_92_20)
22. Charalambous A, Papastavrou E, Valkeapää K, Zabalegui A, Ingadottir B, Lemonidou C, et al. Content of orthopedic patient education provided by nurses in seven European countries. *Clin Nurs Res* 2018;27(7):770-89.  
<https://doi.org/10.1177/1054773817713178>
23. Zhang L, Roslan S, Zaremohzzabieh Z, Jiang Y, Wu S, Chen Y. Perceived stress, social support, emotional intelligence, and post-stress growth among Chinese left-behind children: a moderated mediation model. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(3):1851.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph19031851>
24. Kadda O. Emotional intelligence on nursing as an anxiety management tool. *Health Sci J* 2014;8(2):152.
25. Shabbazi S, Heidari M, Sureshjani EH, Rezaei P. Effects of problem-solving skill training on emotional intelligence of nursing students: An experimental study. *J Educ Health Promot* 2018;28(7):1-7 (Persian)

26. Chegini Z, Asghari Jafarabadi M, Kakemam E. Occupational stress, quality of working life and turnover intention amongst nurses. *Nurs Crit Care* 2019;24(5):283-9. <https://doi.org/10.1111/nicc.12419>
27. Goh E, Kim HJ. Emotional intelligence as a predictor of academic performance in hospitality higher education. *J Hospitality Tourism Edu* 2021;33(2):140-6. <https://doi.org/10.1080/10963758.2020.1791140>
28. Thomas DS, Natarajan J, Valsaraj BP. Emotional intelligence and its associated factors among nursing students in a middle eastern university. *Int J Nurs Edu* 2021;13(1):61-7.
29. Wirawan H, Tamar M, Bellani E. Principals' leadership styles: the role of emotional intelligence and achievement motivation. *Int J Edu Manag* 2019. <https://doi.org/10.1108/ijem-04-2018-0127>
30. Crego A, Yela JR, Gómez-Martínez MÁ, Karim AA. The contribution of meaningfulness and mindfulness to psychological well-being and mental health: A structural equation model. *J Happiness Stud* 2020;21:2827-50. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00201-y>
31. Salimi G, Mohammadi M, Hosayni T. Structural Equation Modeling of The Role of Emotional Intelligence And Job Performance Among Educational Managers: Organizational Learning as A Mediator. *J School Admin* 2017;4(2):45-67 (Persian)
32. Jerusalem M, Hessling JK. Mental health promotion in schools by strengthening self - efficacy. *Health Edu* 2009. <https://doi.org/10.1108/09654280910970901>
33. Zakariaee SS, Shahoei R, Nosab LH, Moradi G, Farshbaf M. The Effects of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation on Post-Episiotomy Pain Severity in Primiparous Women: A Randomized, Controlled, Placebo Clinical Trial. *Galen Med J* 2019;8:e1404. <https://doi.org/10.31661/gmj.v8i0.1404>
34. Rezaei H, Saeed AFM, Abdi K, Ebadi A, Gheshlagh RG, Kurdi A. Translation and validation of the Farsi version of the pain management self-efficacy questionnaire. *J Pain Res* 2020;13:719. <https://doi.org/10.2147/jpr.s246077>
35. Rostami M, Movaghari M, Taghavi T, Mehran A. The relationship between emotional intelligence and coping styles of nurses in hospitals in Kermanshah University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Res* 2016;11(1):51-61 (Persian)
36. Pasini I, Perlini C, Donisi V, Mason A, Schweiger V, Secchettin E, et al. "INTEGRO INTEGRated Psychotherapeutic InterventiOn" on the Management of Chronic Pain in Patients with Fibromyalgia: The Role of the Therapeutic Relationship. *Intl J Env Res Pub Health* 2023;20(5):3973. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053973>
37. Tarjoman A, Vasigh A, Safari S, Borji M. Pain management in neonatal intensive care units: A cross sectional study of neonatal nurses in Ilam City. *J Neonat Nurs* 2019;25(3):136-8. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.08.006>
38. 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* 1996;11(1):18-31. [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(95\)00134-4](https://doi.org/10.1016/0885-3924(95)00134-4)
39. Bahrami M, Bidgoli Golkhatmi M, Saadati M, Saadati A, Barati M, Zareayan Jahromi N, et al. A Study of Patients and Nurses' Perception of Pain Management after Cardiac Surgery. *J Health Care* 2016;18(3):179-90 (Persian)
40. Gunnarsdottir S, Zoëga S, Serlin RC, Sveinsdottir H, Hafsteinsdottir EJJ, Fridriksdottir N, et al. The effectiveness of the Pain Resource Nurse Program to improve pain management in the hospital setting: A cluster randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*

- 2017;75:83-90.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.009>
41. Chiarotto A, Maxwell LJ, Ostelo RW, Boers M, Tugwell P, Terwee CB. Measurement properties of visual analogue scale, numeric rating scale, and pain severity subscale of the brief pain inventory in patients with low back pain: a systematic review. *J Pain* 2019;20(3):245-63.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.07.009>
42. Soto-Rubio A, Giménez-Espert MdC, Prado-Gascó V. Effect of emotional intelligence and psychosocial risks on burnout, job satisfaction, and nurses' health during the covid-19 pandemic. *Intl J Env Res Pub Health* 2020;17(21):7998.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17217998>
43. Geun HG, Park E. Influence of emotional intelligence, communication, and organizational commitment on nursing productivity among Korean nurses. *J Korean Acad Community Health Nurs* 2019;30(2):226-33.  
<https://doi.org/10.12799/jkachn.2019.30.2.226>
44. Goleman D. The brain and emotional intelligence: New insights. *Regional Business*. 2011:94-5.
45. Huang H, Liu L, Yang S, Cui X, Zhang J, Wu H. Effects of job conditions, occupational stress, and emotional intelligence on chronic fatigue among Chinese nurses: a cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag* 2019;351-60.  
<https://doi.org/10.2147/prbm.s207283>
46. Sun H, Wang S, Wang W, Han G, Liu Z, Wu Q, et al. Correlation between emotional intelligence and negative emotions of front - line nurses during the COVID - 19 epidemic: A cross - sectional study. *J Clin Nurs* 2021;30(3-4):385-96.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15548>
47. Halimi F, AlShammari I, Navarro C. Emotional intelligence and academic achievement in higher education. *J Appl Res High Educ* 2021;13(2):485-503. <https://doi.org/10.1108/jarhe-11-2019-0286>
48. Rasheed K, Johnson B. Emotional Intelligence of Mental Health Nurses. *Management Today*. 2019;9(1):1-6.
49. Míguez-Torres N, Martínez-Rodríguez A, Martínez-Olcina M, Miralles-Amorós L, Reche-García C, editors. Relationship between emotional intelligence, sleep quality and body mass index in emergency nurses. *Healthcare*; 2021: MDPI.  
<https://doi.org/10.3390/healthcare9050607>
50. Gilar-Corbi R, Pozo-Rico T, Sánchez B, Castejón J-L. Can emotional intelligence be improved? A randomized experimental study of a business-oriented EI training program for senior managers. *PloS One* 2019;14(10):e0224254.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224254>
51. Karimi L, Leggat SG, Bartram T, Rada J. The effects of emotional intelligence training on the job performance of Australian aged care workers. *Health Care Manag Review* 2020;45(1):41-51.  
<https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000200>
52. Teskereci G, Öncel S, Özer Arslan Ü. Developing compassion and emotional intelligence in nursing students: A quasi - experimental study. *Perspect Psychiat Care* 2020;56(4):797-803.  
<https://doi.org/10.1111/ppc.12494>
53. Goudarzian AH, Nesami MB, Sedghi P, Gholami M, Faraji M, Hatkehlouei MB. The effect of self-care education on emotional intelligence of iranian nursing students: A quasi-experimental study. *J Religion Health* 2019;58:589-98.  
<https://doi.org/10.1007/s10943-017-0537-3>
54. Wright CJ, Schutte NS. The relationship between greater mindfulness and less subjective experience of chronic pain: Mediating functions of pain management self - efficacy and emotional intelligence. *Aust Psychol* 2014;66(3):181-6.  
<https://doi.org/10.1111/ajpy.12041>

## THE RELATIONSHIP BETWEEN PAIN MANAGEMENT SELF-EFFICACY AND EMOTIONAL INTELLIGENCE IN NURSES OF BANEH CITY HOSPITALS IN 2021

Bigard Ghadrnezhad<sup>1</sup>, Ronak Shahoei<sup>2</sup>, Bijan Nouri<sup>3</sup>, Marya Kalhor<sup>4\*</sup>

Received: 12 June, 2023; Accepted: 21 July, 2023

### Abstract

**Background & Aim:** Self-efficacy of correct pain management and emotional intelligence are the most responsibilities of nurses, which, if properly considered, will reduce patients' pain, better manage patients, increase the quality of patient care, quickly return of the patients to daily life, reduce the length of stay in hospital, and reduce treatment costs. Therefore, the present study was conducted to determine the self-efficacy of pain management and its relationship with emotional intelligence in the nurses.

**Materials & Methods:** The current cross-sectional study was fulfilled by available sampling method on 110 nurses from the internal and surgical, infectious, CCU, ICU, pediatric, and emergency departments in the morning, evening, and night shifts of Razi and Salahuddin hospitals in Baneh city, Iran. Data were collected by researcher using Demographic questionnaire, Pain Management Self-Efficacy questionnaire, and Goleman Emotional Intelligence questionnaire. The results were analyzed in SPSS version 25 software using descriptive statistics and independent t-tests, one-way analysis of variance, and Pearson's correlation coefficient. A probability of  $<0.05$  was accepted as significant.

**Results:** The study results showed that pain management self-efficacy had no significant relationship with nurses' demographic characteristics such as age, gender, marriage, education level, position, overtime, work experience, and employment status ( $P>0.05$ ). However, there was a significant relationship between pain management self-efficacy and its dimensions with the variables of the service department and training workshop as well as between pain management self-efficacy and the dimension of pain assessment ( $P<0.05$ ). Emotional intelligence has no significant relationship with nurses' demographic characteristics such as age, gender, marriage, education level, service department, position, overtime, work experience, employment status, and participation in educational workshops ( $P>0.05$ ). Also, no significant relation was observed between pain management self-efficacy and nurses' emotional intelligence ( $P>0.05$ ).

**Conclusion:** Although pain management self-efficacy was not significantly related to nurses' emotional intelligence, some demographic characteristics were significantly related. The findings show that work experiences, awareness, practical knowledge, positive attitude, and skills can increase pain management self-efficacy.

**Keywords:** Emotional Intelligence, Nurses, Pain Management, Self-Efficacy

**Address:** School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

**Tel:** +989183742913

**Email:** ma.kalhor@yahoo.com, begardghadernezhad2015@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Msc, Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

<sup>2</sup> Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor of Biostatistics, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

<sup>4</sup> Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran (Corresponding Author)