

## فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۴، شماره ۲، زمستان ۱۳۹۲

### بررسی عملکرد پرستاران در مورد وضعیت کنترل درد بیماران پس از اعمال جراحی شکمی

### انتخابی در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۱

محمدنبی رحیمیان<sup>۱</sup>، نرگس بیگی<sup>۲\*</sup>، حجت حبیبی<sup>۳</sup>، ناهید قاسم‌نژاد<sup>۴</sup>، محمدعلی سهم‌الدینی<sup>۵</sup>



- ۱- کارشناس ارشد بیهوشی، هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه(س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- ۲- کارشناس بیهوشی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- ۳- کارشناس ارشد مدیریت دولتی (منابع انسانی)، پژوهشیار، مشاور آمار، دانشگاه پیام نور شیراز
- ۴- کارشناس بیهوشی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- ۵- دانشیار بیهوشی، مرکز تحقیقات بیهوشی و مراقبت‌های ویژه شیراز، کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی شیراز

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۲۹

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۲/۱۰/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۸

#### چکیده

**زمینه و هدف:** شناخت و تسکین درد یکی از مهمترین مسئولیت‌های پرستاران است. لذا برای حرکت به سمت مراقبت باکیفیت بالاتر در بخش‌های جراحی و ارتقاء عملکرد پرستاران، اطلاعات بیشتری در زمینه وضعیت موجود کنترل درد در بیمارستان‌ها نیاز است. این پژوهش با هدف ارزیابی مدیریت درد پرستاران در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت. **مواد و روش‌ها:** در این مطالعه مقطعی، نمونه‌گیری به روش آسان، حجم نمونه ۱۰۰ بیمار، پیگیری و ارزیابی درد هر بیمار ۶ ساعت بود. جهت ارزیابی درد از مقیاس دیداری درد استفاده شد. فرم جمع‌آوری اطلاعات شامل مشخصات فردی، جدول ثبت نبض و فشارخون و مقیاس دیداری درد بیمار در شش ساعت متوالی، سوالاتی در رابطه با عملکرد پرستاران که از بیمار پرسیده می‌شد، اطلاعات ثبت شده در برگه دستورات جراح برای مصرف مسکن در صورت نیاز است.

**یافته‌ها:** طبق یافته‌های این مطالعه، در مجموع، مدیریت درد پرستاران مناسب نبوده است.

**نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد جهت ارتقاء کیفیت کنترل درد در این مرکز درمانی، به پرستاران آموزش دیده و دارای اختیارات کافی در زمینه تجویز مسکن نیاز است.

**واژه‌های کلیدی:** عملکرد پرستاران، مدیریت درد، درد حاد

#### مقدمه

می‌تواند سبب اضطراب، بی‌خوابی، ترس و تحریک‌پذیری سیستم خودکار عصبی بیمار، حساسیت‌زایی و ادراک بیش از حد درد و موجب تبدیل شدن درد حاد بعد از عمل به دردهای مزمن گردد<sup>(۳،۴)</sup>. بنابراین برنامه مراقبت باید بر ارزیابی مکرر ماهیت و شدت درد، اجرای اقدامات موثر کاهنده درد و پایش منظم بیمار جهت اطمینان از تسکین

درد یک تجربه حسی یا احساسی ناخوشایند است که با آسیب واقعی یا بالقوه بافت همراه می‌باشد<sup>(۱)</sup>. از زمانی که جراحی به‌عنوان یک روش درمانی مطرح شده، همیشه درد ناشی از آن موانع و مشکلات اصلی همراه آن بوده است<sup>(۲)</sup>. درد بعد از عمل به‌خودی خود مایه رنج بیماران بوده و

نویسنده مسئول: نرگس بیگی، کارشناس بیهوشی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

ایمیل: Iranh2013@yahoo.com

درد مشاهده و چک لیست را تکمیل نمودند. نمونه‌گیری به روش آسان بود و کلیه بیماران دارای مشخصات ورود به مطالعه شامل: محدوده سنی ۱۵-۶۵ سال، عدم ابتلا به ناشنوایی یا کم شنوایی، عدم اختلالات روانی (سایکوز، اسکیزوفرنی، اختلالات اضطرابی)، عدم مصرف دخانیات، دارای وضعیت جسمی و روانی مناسب و دارای شرایط مناسب جهت مصاحبه و پاسخگویی به سوالات، عدم سابقه استفاده از داروهای مسکن، مخدر، آرام‌بخش و تمایل به همکاری بودند. بیمارانی که بعد از عمل به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل شدند و بیمارانی که القاء و نگهداری بیهوشی آنها با کتامین بود از مطالعه خارج شدند. در حین مطالعه مواردی یافت می‌شد که بیمار خودسرانه به مصرف مسکن و یا مخدر اقدام کرده بود این موارد نیز از مطالعه حذف شد.

حجم نمونه به تعداد ۱۰۰ بیمار، با ضریب اطمینان ۹۵ درصد محاسبه گردید. نوع بیهوشی (بیهوشی عمومی)، داروهای القا و نگهداری بیهوشی برای کلیه بیماران یکسان بود. مدت پیگیری و ارزیابی درد هر بیمار ۶ ساعت و شروع ارزیابی بلافاصله بعد از جراحی در صورتی که بیمار کاملاً هوشیار شده بود صورت می‌گرفت.

برای ارزیابی درد از مقیاس دیداری درد استفاده شد. این مقیاس بر روی پرسشنامه به بیمار نشان داده و به آنها گفته می‌شد که عدد صفر نشانه عدم وجود درد و عدد ۱۰ نشانه شدیدترین شکل ممکن درد است و از بیمار خواسته شد تا شدت درد خود را براساس یکی از اعداد مقیاس مشخص نماید.

فرم جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده در این پژوهش دارای پنج بخش بود: بخش اول حاوی مشخصات فردی (سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل) و بخش دوم حاوی اطلاعات مربوط به عمل جراحی ثبت شده در پرونده (ضربان قلب پایه، فشارخون پایه، نوع بیهوشی، داروهای القا و نگهدارنده بیهوشی، سابقه‌ی بیماری و عمل جراحی و مصرف مواد مخدر و داروهای مسکن و آرام‌بخش)، بخش سوم حاوی جدولی مربوط به ثبت نبض

کافی درد، اداره عوارض جانبی مسکن‌ها و ایمنی بیمار تمرکز داشته باشد<sup>(۵)</sup>.

اداره موثر و مناسب درد موجب کاهش بیماری‌زایی، تسهیل بهبودی سریع، برگشت به عملکرد قبلی، ترخیص زودتر از بیمارستان و ارتقاء کیفیت زندگی مددجویان خواهد شد. مرکز تحقیقات کیفیت مراقبت بهداشتی نیز مراقبت‌های بالینی مرتبط با اداره درد را مشتمل بر بررسی درد با استفاده از یک مقیاس نمره‌دهی، اجرای سریع مسکن‌ها به همراه روش‌های غیر دارویی عنوان نموده است<sup>(۶)</sup>.

از آنجایی که پرستاران در مراکز بالینی مدت زمان بیشتری را با بیماران بعد از عمل جراحی در مقایسه با سایر اعضای تیم درمانی صرف می‌کنند<sup>(۷)</sup> تدابیر مربوط به کنترل درد یکی از اقدامات پرستاری و جزء وظایف آنان محسوب می‌شود<sup>(۸)</sup>. شناخت و تسکین درد یکی از مهم‌ترین مسئولیت‌های پرستاران است. لذا برای حرکت به سمت مراقبت باکیفیت بالاتر در بخش‌های جراحی و ارتقاء عملکرد پرستاران، اطلاعات بیشتری در زمینه وضعیت موجود کنترل درد بیمارستان‌ها نیاز است. بنابراین این پژوهش با هدف تعیین عملکرد پرستاران در زمینه پایش و کنترل درد در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی مقطعی با هدف بررسی عملکرد پرستاران در مورد وضعیت کنترل درد بیماران پس از اعمال جراحی شکمی انتخابی در بخش‌های جراحی عمومی مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۱ است. در این پژوهش، تعدادی از کارشناسان پرستاری که آموزش‌های توجیهی را دیده بودند، پس از موافقت کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شیراز، به یکی از مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه مراجعه و به‌طور مستمر در کلیه شیفت‌های کاری صبح، عصر و شب به مدت ۵ هفته عملکرد پرستاران بخش جراحی را در زمینه کنترل

بخش جراحی آن مرکز شدند. پاسخ‌ها به‌صورت موردی در بخش نتیجه‌گیری آورده شده است. روش‌های آمار توصیفی و آزمون آماری آنالیز با اندازه‌گیری‌های مکرر از جمله آزمون‌های آماری است که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

#### یافته‌ها

در مجموع ۱۰۰ بیمار که تحت عمل جراحی انتخابی شکمی قرار گرفته بودند در این مطالعه شرکت نمودند. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت-شناسی بیماران شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و وضعیت فرد حین مداخله را نشان می‌دهد. نمودار ۱، درصد بیمارانی که دارای درد شدید، متوسط و ضعیف بوده‌اند را نشان می‌دهد. نمرات ۱ و ۲ در مقیاس

و فشارخون و نمره‌ی مقیاس دیداری درد بیمار در شش ساعت متوالی، بخش چهارم حاوی سوالاتی در رابطه با عملکرد پرستاران که از بیمار پرسیده می‌شود و بخش پنجم حاوی اطلاعات ثبت شده در برگه دستورات جراح برای مصرف مسکن در صورت نیاز است. ابزارهای مورد استفاده برای اندازه‌گیری متغیرها شامل: مقیاس دیداری شدت درد (مقیاس دیداری درد) جهت اندازه‌گیری شدت درد، دستگاه دیجیتالی اندازه‌گیری نبض و فشار خون برای اندازه‌گیری نبض و فشار خون، و ارزیابی عملکرد پرستاران با مشاهده و مصاحبه با بیمار بود. در پایان پژوهش پژوهشگران با مشاهده مدیریت درد نامناسب و ناکافی پرستاران، با مصاحبه نیمه ساختار یافته با ۲۳ پرستار بیمارستان مورد مطالعه، جویای پاسخ سوالاتی در رابطه با علل مدیریت درد ناکافی و نامناسب در

جدول شماره ۱: مشخصات فردی بیماران شرکت‌کننده در مطالعه

مشخصات	گروه	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۳۷	۳۷/۱۸
	زن	۶۱	۶۲/۲
سن	۱۵-۲۴ سال	۲۲	۲۲/۴۴
	۲۵-۵۴ سال	۴۳	۴۳/۸۷
	۵۵-۶۵ سال	۳۳	۳۳/۶۷
وضعیت تاهل	مجرد	۲۳	۲۳/۵
	متاهل	۷۵	۷۶/۵
تحصیلات	راهنمایی	۲۶	۲۶/۵۳
	دبیرستان	۲۰	۲۰/۴۰
	دیپلم	۱۷	۱۷/۳۴
	لیسانس	۲۴	۲۴/۴۸
	لیسانس به بالا	۱۱	۱۱/۲۲
وضعیت فرد حین مداخله	آرام	۶۴	۶۵/۳
	ناآرام	۳۳	۳۳/۷

به ترتیب ( $P=0/45$  و  $P=0/56$ ) نمودار ۳ درصد کنترل و عدم کنترل درد، در بیماران نیازمند کنترل درد در زمان‌های مطالعه را نشان می‌دهد. در تمامی زمان‌ها در صد عدم کنترل درد بالاتر از در صد کنترل درد می‌باشد ( $P=0/01$ ).

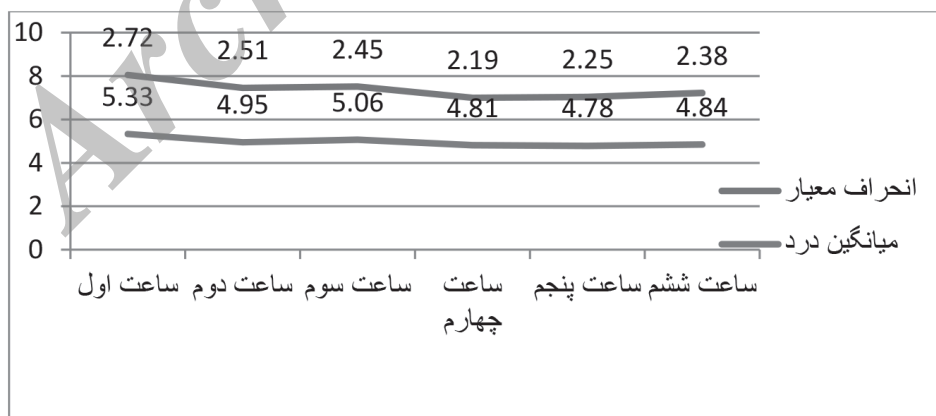
نمودار ۴ توزیع حضور یا عدم حضور پرستار بر بالین بیمار، اقدام یا عدم اقدام به کنترل درد توسط پرستاران در افرادی که درد شدید دارند را نشان می‌دهد. به جز در ساعت اول در کلیه زمان‌های مطالعه پرستار بر بالین بیمار حضور نداشته است ولیکن در ساعت اول اقدام به درمان درد نکرده است.

درد دیداری، در گروه درد ضعیف و نمرات ۳ تا ۶ در گروه درد متوسط و نمرات ۷ تا ۱۰ در گروه درد شدید قرار گرفته‌اند. نمودار ۲، میانگین شدت درد بر اساس مقیاس دیداری را نشان می‌دهد. در تمامی ساعت مطالعه میانگین شدت درد بیش از  $4/79$  می‌باشد و میانگین شدت درد، با شیب بسیار کند سیر نزولی دارد.

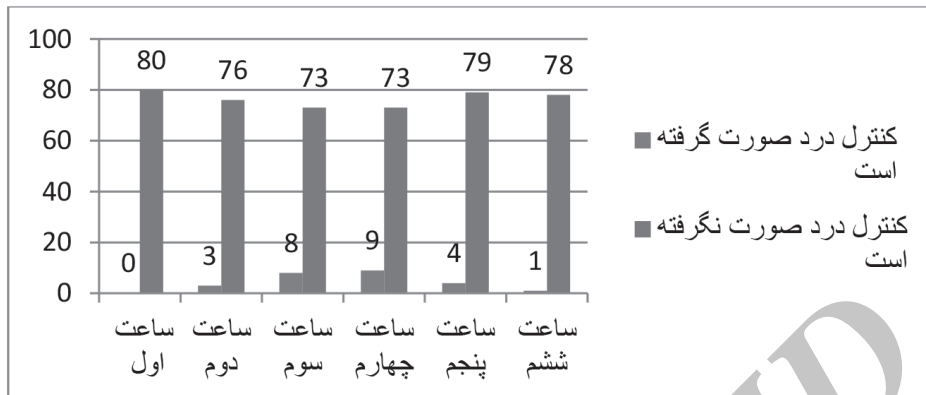
در جدول ۲ میانگین تعداد ضربان قلب و میانگین فشار خون بیماران در طی شش ساعت مطالعه دیده می‌شود. میانگین ضربان قلب و میانگین فشار خون بیماران در طی زمان‌های مطالعه با یکدیگر تفاوتی نداشته است.

جدول شماره ۲: روند میانگین بیماران ضربان قلب و فشار خون در شش ساعت متوالی

متغیر	ساعت اول	ساعت دوم	ساعت سوم	ساعت چهارم	ساعت پنجم	ساعت ششم
ضربان قلب (در دقیقه)	۸۸/۶۰	۹۰/۴۱	۸۷/۱۲	۸۸/۵۵	۸۷/۴۳	۸۶/۶۵
فشار خون (میلیمتر جیوه)	۱۲۸/۸۱	۱۲۹/۸۰	۱۲۷/۸۰	۱۲۹/۸۱	۱۳۰/۸۰	۱۲۷/۸۱



نمودار ۲: روند میانگین سیر شدت درد طی زمان‌های مطالعه



نمودار ۳: توزیع کنترل یا عدم کنترل درد در بیمارانی که واجد شرایط کنترل درد

بیماران را کاهش داده است<sup>(۹)</sup>. طبق پژوهش مریم اقبالی و همکاران (۱۳۸۵) که با هدف تعیین نظرات بیماران در مورد ارزیابی، اداره و ارزشیابی درد بوده است نشان می‌دهد اداره درد پس از عمل جراحی انجام شده و درد بیماران تسکین یافته و اکثریت بیماران (۸۵ درصد) از خدمات ارائه شده در زمینه تسکین درد رضایت (کامل، نسبی، تا حدودی) داشته‌اند<sup>(۱۰)</sup>، اما طبق یافته‌های مطالعه حاضر (جدول ۴)، در اکثر افرادی که درد شدید دارند، در شش ساعت متوالی مطالعه (به جز ساعت اول) پرستار در بالین بیمار حاضر نشده است و حتی مواردی یافت می‌شود که پرستار با وجود درخواست بیمار جهت تسکین درد، اقدام نکرده است و کمترین سهم توزیع نمودار، متوجه تسکین درد بدون درخواست بیمار، توسط پرستار بوده است.

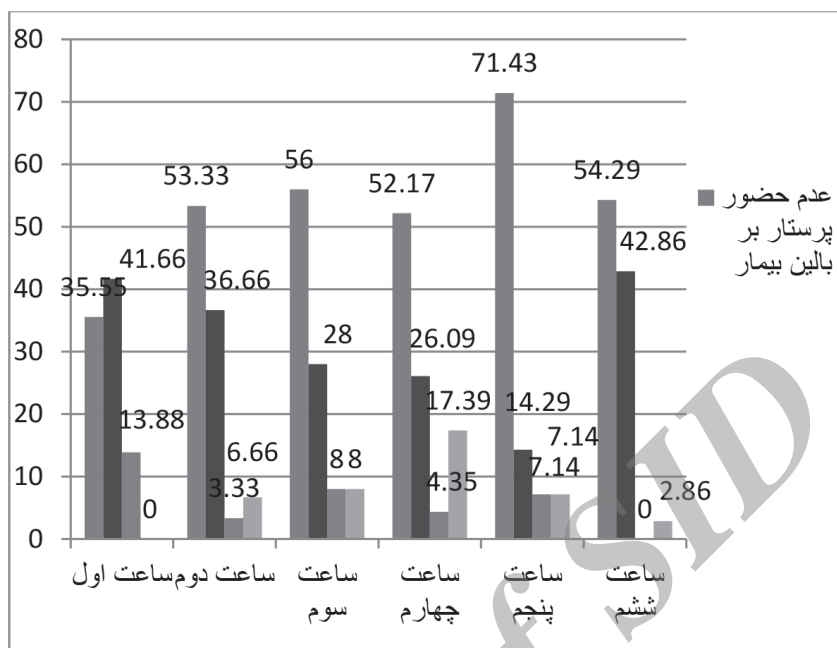
علی‌رغم وجود شواهدی مبنی بر انجام اقدامات مناسب جهت کنترل درد پس از عمل جراحی، هنوز هم تسکین کافی درد به‌عنوان یک مشکل باقی مانده است<sup>(۱۱)</sup>. در تحقیقی که توسط کارول پی، در مورد استانداردهای ارزیابی درد بیماران ارتوپدی انجام شده، مشخص گردیده که ضعف در ارزیابی درد منجر به درمان ناکافی درد می‌شود. همچنین براساس نظرات به‌دست آمده تفاوت بین درک بیمار و درک ارزیابی‌کننده منجر به اداره ضعیف درد شده

طبق سوالاتی که از ۲۳ پرستار در رابطه با علل مدیریت نامناسب درد در بخش‌های جراحی پرسیده شد موارد ذیل را عنوان کردند:

- ۱- بار کاری زیاد، کمبود پرستار کافی در این بخش‌ها.
- ۲- سوق دادن حرفه‌ی پرستاری از کار بالینی به سمت کاغذبازی و کار اداری.
- ۳- برخی پرستاران خود را فاقد اختیار در زمینه‌ی کنترل درد می‌دانند.
- ۴- کمتر در دسترس بودن مواد مخدر در بخش‌های جراحی و نبود روش‌های ضد درد مثل پمپ تزریق مخدر.
- ۵- ترس از عوارض جانبی مخدر و عدم داشتن زمان کافی جهت پایش بیمار جهت اطمینان از کنترل عوارض‌های مخدرها

### بحث و نتیجه‌گیری

طبق نتایج یافته‌های این مطالعه، بسیاری از بیمارانی که درد متوسط یا شدید داشته‌اند، پرستار بر بالین آنها حضور نیافته و یا در صورت حضور بر بالین بیمار اقدامی جهت تسکین درد انجام نداده‌اند و مجموعاً عملکرد پرستاران در تسکین و مدیریت درد، مناسب نبوده است. در تحقیق مک للان که در سال ۲۰۰۴، با هدف بررسی نقش پرستاران در تسکین درد بیماران پس از عمل جراحی انجام یافته، مشخص شد که اقدامات پرستاران، درد



نمودار ۴: توزیع حضور یا عدم حضور پرستار بر بالین بیمار، اقدام یا عدم اقدام به کنترل درد توسط پرستاران در افرادی که درد شدید دارند.

فرم‌های مختلف، شکایت داشتند. در واقع پرکردن فرم ارزشیابی درد دلیلی بر کنترل درد بیمار نمی‌باشد چرا که در تجویز داروهای ضددرد، آنچه در بخش‌های جراحی ما مرسوم است تجویز مسکن در صورت نیاز بیمار می‌باشد. بنابراین حتی اگر ارزیابی مکرر درد بیماران در برنامه موظفی پرسنل پرستاری گنجانده شود تا زمانی که پرستاران فاقد اختیار در زمینه تجویز مسکن و کنترل درد باشند پرکردن فرم ارزیابی درد به‌تنهایی در کیفیت کنترل درد موثر نخواهد بود.

در مجموع با توجه به نتایج این تحقیق می‌توان دریافت که برای مدیریت صحیح کنترل درد در بخش‌های جراحی نیاز به تعدادی پرستار ویژه که در زمینه کنترل درد آموزش دیده‌اند، می‌باشد. این پرستاران بایستی از کلیه عوارض داروهای مسکن و روش‌های کاهنده درد آگاهی داشته و همچنین اجازه تجویز داروهای مسکن را داشته باشند تا ضمن ارزیابی درد بیماران برای کاهش آن نیز اقدام نمایند.

است<sup>(۱۲)</sup>. در مطالعه ما نیز علی‌رغم اینکه برخی پرستاران بیان کردند که زمان کافی جهت حضور مکرر بر بالین بیمار ندارند و برخی اظهار نمودند درد بیماران را جدی نمی‌گیرند. در واقع همچون مطالعه کارول پی، تفاوت بین درک بیمار و درک ارزیابی‌کننده یکی از دلایل اداره ضعیف درد در بخش‌های جراحی ما شده بود. براساس تحقیقات انجام شده در ۲۵ سال گذشته مشخص گردیده که بی‌کفایتی در کنترل درد مربوطه به ارزیابی نادرست درد توسط پرستاران و دریافت ناکافی داروها می‌باشد<sup>(۱۳)</sup>. در تحقیق دیگری که توسط کارن‌سی و همکارانش در مورد ارزیابی و اداره درد بعد از عمل جراحی در بیماران انجام شده است. در مقایسه نتایج بین بیماران بستری در بیمارستان‌هایی که فرم مخصوص برای ارزیابی درد داشته با بیمارستان‌هایی که فرم مخصوص نداشته‌اند، تفاوت معنی‌داری در میزان رضایت‌مندی و شدت درد این دو گروه وجود نداشته است<sup>(۱۴)</sup>. در مطالعه حاضر نیز پرستاران، از سوق دادن حرفه‌ی پرستاری از کار بالینی به سمت پرکردن

جهت پژوهش‌های آتی پیشنهاد کرد.

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شیراز بود. لذا از معاونت محترم پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شیراز که پشتیبانی مالی این طرح را عهده‌دار بوده‌اند و نیز از مرکز تحقیقات و توسعه‌ی بالینی بیمارستان نمازی شیراز و خانم ستاره روستا نهایت تشکر را دارد.

از جمله محدودیت‌هایی که پژوهشگران در این مطالعه با آن رو به رو بودند، ناتوانی در در نظر گرفتن برخی عوامل دخیل بر شدت درد از جمله یکسان بودن جراح، وسعت برش جراحی و مدت زمان بیهوشی برای تمامی بیماران بود. شفاف‌سازی وظایف پرستاران و پزشکان در حیطه‌ی کنترل درد، شناخت و شناسایی عوامل موثر در کنترل درد پرستاران، مقایسه‌ی تطبیقی سیستم کنترل درد بیماران در ایران با کشورهای دیگر، رضایت‌مندی بیماران از کنترل درد بعد از جراحی از جمله موضوعاتی است که می‌توان

### References

1. Sommer M, de Rijke JM, van Kleef M, Kessels AG, Peters ML, Geurts JW, et al. The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients. *Eur J Anaesthesiol* 2008;25(2):267-74
- 2 - Yazdi-moghaddam H, Memarian R, Mohammadi I. [The effect of pain management by nurses on the satisfaction rate of patients after abdominal surgery (Persian)]. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2006;13(2):121-128.
3. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003;97(5):534-40
4. Ekstein MP, Weinbroun AA. Immediate postoperative pain in orthopedic patients is more intense and requires more analgesia than in post-laparotomy patients. *Pain Med* 2011;12(2):308-13
- 5- Dunwoody CJ, Krenzischek DA, Pasero C, Rathmel JP, Poloman RC. Assessment, Physiological Monitoring, and Consequences of Inadequately Treated Acute Pain. *Pain Manag Nurs* 2008;9(1):11-21.
- 6-Taylor L, Lemone L. *Fundamental of Nursing. The art and science of Nursing care*. 7th edition. Philadelphia: Lippincott co 2011.pp:1102
- 7 - Pudner R. *Nursing the surgical patient*. Edinburgh, Scotland: Elsevier;2005;97-105.
- 8- Parvizi F, Alhani F, Aghebati N.[Problems using non-pharmacological methods of pain control in children by nurses(Persian)]. *Nursing Research* 2009;3(8 and 9):85-92.
- 9 - Mac Lellan K. Postoperative pain: strategy for improving patient experiences. *J Adv Nurs*. 2004;46(2):179-185.
- 10- Eghbali M, Kardan R, Abazari P. [Patients' viewpoints concerning post surgical pain management (Persian)]. *Nursing & Midwifery Research* 2006;31:15-20.
- 11- Watt-Watson J, Stevens B, Garfinkel P, Streiner D, Gallop R. Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. *J Adv Nurs*. 2001;36(4):535-45.
- 12- Curtiss CP. JCAHO: meeting the standards for pain management. *Orthop Nurs*. 2001;20(2):27-30, 41.
13. Nalini J, Nancy K. Patient expectations and anticipated responses to Post surgical Pain. *Journal of Holistic Nursing* 1999;17(1):184
14. Karen C. Pain assessment and trauma Patients: A multisite study. *American Journal of Critical Care* 1999;8(2):110.

## **Assessment of nurses' attitude towards pain control in patients after elective abdominal surgery: A study in training centers - hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences in 2012**

**Mohammad-Nabi Rahimiyan<sup>1</sup>, Narges Beigi<sup>2</sup>, Hojjat Habibi<sup>3</sup>, Nahid Ghasem Nejad<sup>4</sup>, Mohamad Ali Sahmeddini<sup>5</sup>**

*1 - Master of Anesthesiology, Faculty of Nursing and Midwifery of Hazrat e Fatemeh, Shiraz University of Medical Sciences*

*2 - Bachelor of Anesthesiology, Research Committee of Shiraz University of Medical Sciences*

*3 - Master of Public Management (Human Resources), Research Assistant, statistics Consultant, Payam Noor University, Shiraz*

*4 - Bachelor of Anesthesiology, Research Committee of Shiraz University of Medical Sciences*

*5 - Associate Professor of Anesthesia, Anesthesia and Critical Care Research Center, Shiraz University of Medical Sciences Research Committee*

### **ABSTRACT**

**Aim and Background:** Identifying and relieving pain is one of the main responsibilities of nurses in the surgical wards. So in order to move toward higher quality care and to improve the performance of nurses in surgical wards, more information is needed on the current status of pain management in hospitals. Therefore, this study was performed to assess pain management qualification of nurses in teaching hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences during 2012.

**Methods and Materials:** In this study, using convenience sampling 100 patients were enrolled. Follow-up and evaluation of the patients' pain were done every 6 hours. To assess pain Visual Analog Scale (VAS) was used. The Data collected included demographic characteristics, chart, pulse rate, and blood pressure of the patients. The VAS score in six consecutive hours, and questions regarding pain management were asked by the nurses. The information gathered was recorded in sheets by nurses according to a PRN order (whenever the surgeon ordered to have painkillers if needed).

**Findings:** According to our findings, in general, pain evaluation and management were not appropriately done by the nurses.

**Conclusions:** It seems necessary that there is a need to improve the quality of pain management in the medical centers, and the nurses should be trained and has sufficient authority to prescribe analgesics whenever required.

**Keywords:** Nurses, Pain Management, Acute Pain

► Please cite this paper as:

Rahimiyan M, Beigi N, Habibi H, Ghasem Nejad N, Sahmeddini M. [Assessment of nurses' attitude towards pain control in patients after elective abdominal surgery: A study in training centers - hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences in 2012(Persian)]. JAP 2014;4(2):52-59.

**Corresponding Author:** Narges Beigi, Bachelor of Anesthesiology, Research Committee of Shiraz University of Medical Sciences

**Email:** Iranh2013@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۴، شماره ۲، زمستان ۱۳۹۲