

بررسی تأثیر تشکیل کمیته پرستاری درد بر توانمندی پرستاران در فرایند سنجش درد

پوران وروانی فراهانی^۱، دکتر فاطمه الحانی^۲، دکتر عیسی محمدی^۳

چکیده

مقدمه: کنترل درد در بیماران بستری به ویژه کودکان اغلب ناکافی است. موانعی در زمینه سنجش درد کودکان بستری وجود دارد از جمله فقدان ابزار مناسب سنجش درد، کمبود قوانین و خط‌مشی‌های ویژه و دانش و مهارت ناکافی پرستاران. این پژوهش به منظور تعیین تأثیر تشکیل کمیته پرستاری درد بر توانمندی پرستاران در فرایند سنجش درد کودکان انجام شد.

روش: یک پژوهش نیمه تجربی با انتخاب ۶۴ پرستار شاغل در بخش‌های اورژانس، ارتوپدی و جراحی دو بیمارستان ولیعصر (عج) گروه شاهد و امام خمینی (ره) گروه آزمون با نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای در سال ۱۳۸۶ انجام شد. ابزارهای پژوهش: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و ابزار توانمندی پرستاران در زمینه فرایند سنجش درد کودکان شامل (شناخت از سنجش درد، خودگزارش‌دهی از کمیت و کیفیت سنجش درد، میزان سنجش درد و چک لیست مهارت‌های ثبت سنجش درد) پس از انجام پیش‌آزمون کمیته پرستاری درد و کارگاه‌های آموزشی به منظور توانمندسازی پرستاران تشکیل و پس از انجام پس‌آزمون، داده‌ها با نرم‌افزار SPSS v.12 آنالیز شدند.

یافته‌ها: نشان داد میانگین میزان شناخت پرستاران در مورد سنجش درد از ۷/۷ به ۱۲/۹ (آزمون) و از ۸/۴ به ۸/۶ (کنترل)، خودگزارش‌دهی از کمیت و کیفیت سنجش از ۱/۹ به ۲/۸ (آزمون) و از ۲/۱ به ۲/۲ (کنترل)، میزان سنجش درد از ۰/۱۱ به ۱/۰۸ (آزمون) و از ۰/۱ به همان ۰/۱ (کنترل) و ثبت سنجش درد از ۰/۰۳ به ۰/۷۲ (آزمون) و در گروه کنترل تغییری صورت نپذیرفت (۰/۰۳). توانمندی پرستاران بعد از تشکیل کمیته درد در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل در حد معناداری افزایش یافت ($p=0/01$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش تشکیل کمیته پرستاری درد توانمندی پرستاران در زمینه سنجش درد را افزایش داد. لذا با توجه اثربخشی و کم هزینه بودن و عدم نیاز به تزریق پرسنل و بودجه خاص، پیشنهاد می‌شود کمیته پرستاری درد در سایر بیمارستان‌ها در سطح وسیع‌تر به منظور بهبود تشکیل و اثر آن بر توانمندی پرستاران و سنجش درد کودکان تشکیل شود.

واژه‌های کلیدی: پرستار، کمیته پرستاری درد، توانمندسازی، فرایند سنجش درد، کودکان

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۷/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۱۲/۲۴

۱ - دانش آموخته کارشناس ارشد پرستاری کودکان، دانشگاه تربیت مدرس

۲ - دانشیار گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: alhani_f@modares.ac.ir

۳ - دانشیار گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

درد یک احساس ناگوار و ناراحتی که در نتیجه تحریک ویژه انتهای اعصاب ایجاد می‌شود (۱). بیش از ۹۰٪ کودکان بستری در بیمارستان‌ها انواعی از رویه‌های تهاجمی دردناک را تجربه می‌کنند (۲). کودکان گروه آسیب‌پذیری هستند، و عدم درک و کنترل درد در طولانی مدت بر آنان اثر می‌گذارد (۳). درد مداوم که در اثر صدمات جدی، بیماری و وضعیت‌های دیگر بر روی سلامتی اثر می‌گذارد نیازمند مراقبت بهداشتی است (۴). زمانی که کارکنان مراقبت بهداشتی می‌فهمند که کودک درد دارد باید درد آن‌ها را سریع و به طور مؤثر کنترل کنند تا از نتایج و اثرات منفی فیزیولوژیکی و روانی آن جلوگیری شود (۳). اثرات عدم کنترل درد کودکان در طولانی مدت شامل اضطراب، ترس از کادر درمان و حساسیت بیشتر نسبت به درد می‌باشد (۵). پرستاران نقش اساسی در ارزیابی و کنترل درد بیمار در طی دوران بستری دارند (۶). آنان بیشترین زمان را نسبت به سایر کارکنان مراقبت بهداشتی با بیماران می‌گذرانند (۷). پرستاران دائماً نیازمند تصمیم‌گیری در مورد سنجش و کنترل درد بیماران هستند که شامل تصمیم دربارۀ سطح درد و نیاز به مسکن‌هاست. بنابراین کنترل مؤثر شامل پیش‌بینی فرآیند تصمیم‌گیری است که از طریق دانش دربارۀ درد و کنترل آن گسترش می‌یابد. مطالعات زیادی نشان می‌دهد که پرستاران دانش ناکافی و نگرش منفی نسبت به کنترل درد با داروهای مسکن در بیماران دارند (۶). نتایج تحقیقی در مورد میزان شناخت، عملکرد و نگرش پرستاران نسبت به ابزارهای سنجش درد در یک بیمارستان تخصصی کودکان شهر تهران در سال ۱۳۸۶ نشان داد که ۷۲/۴٪ پرستاران ابزارهای سنجش درد را نمی‌شناختند و ۸۶/۷٪ در طی دوران تحصیل آموزشی در این زمینه دریافت نکرده بودند (۸). نتایج تحقیق دیگری که به منظور بررسی میزان سنجش درد توسط پرستاران در ۶ بیمارستان انجام شد نشان داد که فقط ۴۵/۹٪ پرستاران سنجش درد را انجام می‌دادند (۹). جامعه درد آمریکا در سال ۲۰۰۰ سنجش میزان درد را به عنوان پنجمین علایم حیاتی ضروری اعلام کرد زیرا باعث افزایش آگاهی کارکنان مراقبت بهداشتی از سنجش درد می‌شد (۱۰). موانع و مشکلاتی در زمینه سنجش و کنترل درد وجود دارد، از جمله: (۱) دانش

و مهارت ناکافی پرسنل در مورد این که چطور درد را سنجش و کنترل کنند، عوارض مخدرا، مداخلات غیر دارویی برای درد، احتمال اعتیاد به مخدرا و ترس از دپرسیون تنفسی یا مرگ. (۲) مدیریت ناموفق. (۳) تعصب‌های فرهنگی و ارزش‌ها. (۴) فقدان ابزار استاندارد برای سنجش درد. (۵) عدم تمایل برای گزارش درد از سوی بیمار (۱۱). نتایج تحقیق فراهانی نشان داد که پرستاران جهت ایفای نقش خود و به‌کارگیری ابزارهای سنجش درد مشکلات متعددی را مطرح می‌کنند، از جمله: عدم وجود ابزار سنجش درد، کافی نبودن تعداد پرسنل جهت سنجش درد، نبودن قوانین برای سنجش درد، ناکافی بودن دوره آموزشی سنجش درد و ... که شاخص‌ترین راه‌کار برای حل این مشکلات، تشکیل کمیته پرستاری درد در بیمارستان ارایه شد (۱۲). نتایج تحقیق دراند^۱ و همکاران نشان داد که برنامه مانیتورینگ درد شامل آموزش پرستاران در مورد درد و اجرای روزانه سنجش درد به وسیله ابزار عددی، باعث افزایش دانش و نگرش پرستاران نسبت به سنجش درد شد (۱۳). نتایج تحقیق فاینلی^۲ و همکاران نشان داد که بین دانش، نگرش و عملکرد پرستاران فاصله وجود دارد که موفقیت اجرای برنامه کنترل درد نیازمند آموزش، توسعه سیاست‌ها و حمایت مدیریت بیمارستان در تمام سطوح می‌باشد و آموزش به تنهایی برای ایجاد تغییر در سنجش و کنترل درد کافی نیست (۱۴).

یکی از دلایل سنجش ناکافی درد عدم وجود ابزارهای سنجش درد ویژه کودکان در بخش‌های اطفال، خط‌مشی‌ها و دستورالعمل‌های ویژه و کافی نبودن دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در مورد به‌کارگیری ابزارهای سنجش درد در سطح وسیع می‌باشد (۱۲و۸،۲). طبق تحقیقات قبلی راه حل پیشنهادی برای رفع این مشکلات تغییر عملکرد برای بهبودی سنجش و کنترل درد از طریق تشکیل کمیته پرستاری درد به منظور فراهم کردن آموزش مداوم، ایجاد انگیزه، نظارت و توسعه خط‌مشی‌ها و دستورالعمل‌ها در مورد سنجش درد می‌باشد. در حال حاضر بر اساس یافته‌های تحقیقات ذکر شده سنجش درد ناکافی است (۱۲و۸). از آنجا که کودکان بستری مداوماً با

1 - De Rond

2 - Finley

پروسیجریهای دردناک فرایند درمان مواجهه‌اند، سنجش درد مثل سایر علائم حیاتی لازم و ضروری می‌باشد. از طرف دیگر معمولاً پرستاران اولین افرادی هستند که در هنگام درد بیمار بر بالین وی حاضر شده و بیشترین زمان حضور در کنار وی را دارا می‌باشند. لذا لازم است تا در زمینه سنجش درد توانمند شوند و از سوی دیگر این راه‌کار فقط پیشنهاد شده و کارایی آن در توانمندی پرستاران نیز تاکنون در یک مطالعه علمی ارزیابی نشده است. بنابراین پژوهش حاضر به منظور تعیین تأثیر تشکیل کمیته پرستاری درد بر توانمندی پرستاران در سنجش درد کودکان انجام شد.

روش مطالعه

این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی است که در سال ۱۳۸۶ در مورد پرستاران شاغل در دو بیمارستان شهر اراک که دارای بخش‌های جراحی، اورژانس و ارتوپدی که کودکان در این بخش‌ها بستری هستند، انجام شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی خوشه‌ای، از میان ۴ بیمارستان موجود در شهر اراک، ۲ بیمارستان انتخاب، سپس به صورت تصادفی یک بیمارستان به عنوان کنترل و یک بیمارستان به عنوان آزمون انتخاب گردید.

لازم به ذکر است دو بیمارستان از نظر فاکتورهای مؤثر بر پژوهش: محیط بیمارستان، نحوه مدیریت پرستاری در سطح بیمارستان و نحوه مراقبت پرستاری در بخش‌ها، سطح تحصیلات و سابقه خدمت پرستاران و سطح اقتصادی - اجتماعی بیماران مراجعه‌کننده به این دو بیمارستان به دلیل این که مربوط به یک سازمان بوده و دریافت‌کنندگان آن از یک قشر خاص بودند همسان شدند. حجم نمونه با توجه به فرمول پوکاک و پژوهش مشابه (۱۵)، ۱۴/۶ نفر محاسبه گردید که با احتمال ریزش نمونه و بررسی اثربخشی مداخله (۳۰ نفر پرستار) از بیمارستان آزمون و ۳۴ نفر از بیمارستان کنترل انتخاب شدند^۱.

این تعداد از میان کلیه پرستاران دارای مدرک کارشناسی پرستاری، با حداقل ۳ ماه سابقه خدمت در بخش‌های کودکان و متمایل به همکاری در این پژوهش،

انتخاب شدند. ابزار پژوهش: شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، ابزار توانمندی پرستاران در زمینه سنجش درد کودکان شامل چهار حیطة: الف) شناخت پرستاران از سنجش درد (۹ آیتم) به صورت پرسشنامه چند گزینه‌ای و یک سؤال باز در انتها که توسط پرستاران نمونه پژوهش تکمیل گردید، ب) پرسشنامه خودگزارش‌دهی پرستاران از کمیت و کیفیت سنجش درد (۴ آیتم) به صورت پرسشنامه چند گزینه‌ای توسط پرستاران نمونه پژوهش تکمیل گردید، ج) ابزار میزان سنجش درد توسط پرستاران (۹ سؤال) بر اساس فرم تنظیم یافته توسط همکار پژوهشگر تکمیل گردید، د) چک لیست مهارت‌های ثبت سنجش درد (۹ آیتم) به همراه ابزار چهره‌ای ونگ و بیکر بود که توسط پرستاران بعد از سنجش درد کودک ثبت می‌شد. این ابزارها پژوهشگر ساخته می‌باشند که پس از مطالعه منابع معتبر پیش‌نویس اولیه آن توسط پژوهشگران تدوین و سپس اعتبار صوری و محتوایی آن از طریق ۱۰ نفر از پرستاران که از این ابزار استفاده می‌کردند اعتبار صوری و ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی اعتبار محتوایی آن را بررسی و پس از تأیید نهایی به کار گرفته شده است. پایایی ابزار توانمندی شناخت پرستاران از سنجش درد به روش تعیین ثبات درونی ابزار با محاسبه آلفای کرونباخ^۲ ($\alpha=0/80$)، پایایی پرسشنامه خودگزارش‌دهی پرستاران از کمیت و کیفیت سنجش درد به روش آزمون مجدد^۳ ($r=0/85$)، ابزار میزان سنجش درد توسط پرستاران و چک لیست مهارت‌های ثبت سنجش درد به روش ارزیابی هم ارز یا هم‌تراز (توسط دو نفر در یک زمان از چند مورد) پایایی ارزیاب‌ها^۴ ($r=0/96$) محاسبه گردید. در مرحله قبل از مداخله^۵ پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه توانمندی سنجش درد توسط پرستاران نمونه پژوهش (در دو گروه) تکمیل و سپس تحلیل گردید و بر آن اساس تغییرات لازم در برنامه طراحی شده اولیه اعمال شد. مرحله مداخله تشکیل کمیته پرستاری درد: به این صورت بود که ابتدا در بیمارستان آزمون، کمیته درد شامل رئیس بیمارستان، مترون، سوپروایزر آموزشی و سه سرپرستار بخش‌های تحت پژوهش تشکیل شد در اولین جلسه

2 - Cronbach's alpha

3 - Test-re-test

4 - Interater Observation

5 - Pre-test

1 - ($\alpha=0.05$, $\beta=0.01$, $\mu_1=14.3$, $\mu_2=20.1$, $SD_1=4.69$, $SD_2=2.39$)

با استفاده از آزمون‌های آماری نظیر توزیع نرمال، آزمون تی مستقل و تی زوجی، من‌ویتنی و ویلکاکسون تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام گرفت.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان می‌دهند اکثریت پرستاران نمونه پژوهش در دو گروه کنترل و آزمون، مؤنث بودند. مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد مطالعه در جدول شماره یک آورده شده است. با استفاده از آزمون آماری من‌ویتنی، بین میزان شناخت پرستاران از سنجش درد قبل از مداخله در گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p=0/1$) در حالی که بین میزان شناخت پرستاران از سنجش درد بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری مشاهده شد ($p=0/01$). به طور کلی میزان شناخت پرستاران از سنجش درد بعد از تشکیل کمیته در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. نتایج نشان داد طبق آزمون آماری من‌ویتنی، میزان خودگزارش‌دهی پرستاران از کمیت و کیفیت سنجش درد قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p=0/2$) ولی بر اساس همین آزمون بین میزان خودگزارش‌دهی پرستاران از کمیت و کیفیت سنجش درد بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/02$). نتایج نشان داد طبق آزمون آماری من‌ویتنی، بین میزان سنجش درد توسط پرستاران بر اساس فرم تنظیم یافته قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p=0/5$) ولی بعد از مداخله این تفاوت معناداری است ($p=0/01$). نتایج آزمون آماری من‌ویتنی نشان داد، بین مهارت‌های ثبت سنجش درد پرستاران قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ($p=0/5$) ولی بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/01$) (جدول شماره ۲).

کمیته درد پژوهشگر در حضور کلیه اعضا هدف و روند پژوهش را تبیین و در مورد شرح وظایف کمیته درد شامل: برنامه‌ریزی جهت تشکیل جلسات مداوم برای هدف‌گذاری (تدوین و تنظیم برنامه آموزشی مهارت‌های سنجش درد قابل اجرا، تدوین دستورالعمل‌ها و خط‌مشی‌ها، تهیه فرم ارزشیابی)، اجرا (اجرای برنامه کارگاه آموزشی، جلسات آموزش عملی، جزوه آموزشی، دریافت بازخورد کارگاه)، نظارت (بررسی چگونگی اجرا و مشکلات مربوطه)، ارزشیابی (بررسی نحوه ثبت سنجش درد در فرم سنجش درد) توضیحات لازم را ارائه نمود. جلسه دوم کمیته با حضور پژوهشگر، سوپروایزر آموزشی، سرپرستاران سه بخش تشکیل و برنامه آموزشی بر اساس برنامه پرسنل پرستاری تنظیم و کارگاه آموزشی (شامل ۵ جلسه در ارتباط با نحوه سنجش درد) برگزار گردید. یک هفته پس از اجرای کارگاه آموزش تئوری، اجرای آزمایشی عملی سنجش درد آغاز و پژوهشگر به مدت یک هفته به عنوان مسؤول اجرای آموزش عملی، جهت نظارت و پاسخگویی به حل و رفع مشکلات در بخش حضور یافته و به صورت عملی، برای پرسنلی که مشکل داشتند آموزش داد. پس از آن پژوهشگر هیچ مداخله‌ای نداشت. فرم ویژه سنجش درد (تهیه و تنظیم شده توسط تیم پژوهش) نیز به تعداد زیاد تکثیر و در داخل بخش‌های مورد پژوهش قرار داده شد و پرسنل عملاً طرح سنجش درد را شروع کردند. مسؤولین بخش‌ها و سوپروایزر آموزشی کار نظارت و ارزشیابی بر سنجش درد را انجام می‌دادند (ولی مداخله‌ای نداشتند) و یک هفته پس از شروع طرح سنجش درد جلسه سوم کمیته برگزار و مشکلات مربوط به اجرای طرح سنجش درد بررسی شد. یک ماه پس از شروع طرح سنجش درد، مرحله بعد از مداخله^۱ انجام شد و در دو بیمارستان آزمون و کنترل میزان توانمندی پرستاران در مورد سنجش درد بر اساس ابزار توانمندسازی ارزیابی گردید. جهت ملاحظات اخلاقی قبل از شروع کار از مدیران بیمارستان‌ها و مدیران بخش‌های پرستاری مجوز لازم دریافت شد و به پاسخگویان اعلام گردید که در پاسخ‌دهی محدودیت ندارند و محرمانه بودن داده‌ها و اطلاعات دریافت شده نیز تضمین گردید. داده‌ها در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS v. 12 ثبت و ضبط شده و

جدول ۱: توزیع فراوانی نمونه‌های پژوهش بر حسب مشخصات فردی شاغل در بیمارستان‌های ولیعصر و امام خمینی اراک در سال ۱۳۸۶

آزمون آماری	شاهد		آزمون		مشخصات فردی	
	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی		
$\chi^2=2/77$ $p=0/090$	۲۰/۶	۷	۴۰	۱۲	مذکر	جنسیت
	۷۹/۴	۲۷	۶۰	۱۸	مؤنث	
$\chi^2=8/33$ $p=0/040$	۴۴/۱	۱۵	۱۳/۳	۴	۲۰-۲۵	سن
	۲۰/۶	۷	۲۰	۶	۲۶-۳۰	
	۲۶/۵	۹	۵۳/۴	۱۶	۳۱-۳۵	
$\chi^2=4/205$ $p=0/040$	۴۴/۱	۱۵	۲۰	۶	مجرد	وضعیت تأهل
	۵۵/۹	۱۹	۸۰	۲۴	متاهل	
$\chi^2=4/1$ $p=0/129$	۶۴/۷	۲۲	۴۰	۱۲	۰	تعداد فرزند
	۲۰/۶	۷	۳۰	۹	۱	
	۱۴/۷	۵	۳۰	۹	۲	
$\chi^2=3/28$ $p=0/194$	۵۵/۹	۱۹	۳۰	۹	<۵	سابقه کار (سال)
	۲۹/۴	۱۰	۴۶/۷	۱۴	۱۰-۵	
	۱۴/۷	۵	۲۳/۳	۷	>۱۰	
$\chi^2=0/051$ $p=0/821$	۸۸/۲	۳۰	۹۰	۲۷	پرستار	سمت
	۱۱/۸	۴	۱۰	۳	سرپرستار	

جدول ۲: مقایسه میانگین میزان توانمندی پرستاران نمونه پژوهش از فرایند سنجش درد، قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد در بیمارستان ولیعصر و امام خمینی اراک در سال ۱۳۸۶

متغیر	آماره	آزمون		شاهد	
		قبل از کمیته	بعد از کمیته	قبل از کمیته	بعد از کمیته
شناخت از سنجش درد	میانگین \pm انحراف معیار	۷/۷ \pm ۱/۵	۱۲/۹ \pm ۲/۳	۸/۴ \pm ۱/۸	۸/۶ \pm ۱/۸
	p-value	$p \leq 0/001$ (ویلکاکسون)		$p = 0/014$ (ویلکاکسون)	
خود گزارش دهی کمیته و کیفیت سنجش درد	میانگین \pm انحراف معیار	۱/۹ \pm ۰/۷	۲/۸ \pm ۰/۷	۲/۱ \pm ۰/۹	۲/۲ \pm ۰/۷
	p-value	$p \leq 0/001$ (ویلکاکسون)		$p = 0/705$ (ویلکاکسون)	
میزان سنجش درد	میانگین \pm انحراف معیار	۰/۱۰۹ \pm ۰/۰۶۵	۱/۰۸ \pm ۰/۱۹۵	۰/۱۰۱ \pm ۰/۰۶۳	۰/۱۰۲ \pm ۰/۰۶۵
	p-value	$p \leq 0/001$ (ویلکاکسون)		$p = 0/083$ (ویلکاکسون)	
مهارت ثبت سنجش درد	میانگین \pm انحراف معیار	۰/۰۲۷ \pm ۰/۰۱۶	۰/۷۲ \pm ۰/۱۳	۰/۰۲۵ \pm ۰/۰۱۶	۰/۰۲۵ \pm ۰/۰۱۶
	p-value	$p \leq 0/001$ (ویلکاکسون)		$p = 0/157$ (ویلکاکسون)	

بحث

تجزیه و تحلیل یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که توانمندی‌سازی پرستاران در زمینه سنجش درد در چهار حیطه شناخت پرستاران از سنجش درد، خودگزارش دهی پرستاران از کمیته و کیفیت سنجش درد، میزان سنجش درد توسط پرستاران بر اساس فرم تنظیم یافته و مهارت‌های ثبت سنجش درد با تشکیل کمیته پرستاری درد افزایش یافت.

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که در حیطه شناخت پرستاران از سنجش درد قبل از تشکیل کمیته در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری وجود

ندارد و میزان شناخت پرستاران از سنجش درد کودکان بسیار کم است. این نتایج با نتایج حاصل از مطالعه مالویا^۱ و همکاران مطابقت دارد که حدود ۸۴٪ پرستاران و ۹۳٪ پزشکان اظهار داشتند میزان آموزش در مورد سنجش درد کودکان، برای آن‌ها ناکافی است (۱۶). مطالعه دراند^۲ و همکاران هم نشان داد که بیشتر پرستاران در زمینه کنترل درد آموزش بسیار کمی دیده‌اند و فقط ۸/۵٪ پرستاران سابقه آموزش در زمینه کنترل درد داشتند (۱۳). نتایج

- 1 - Malvia
- 2 - De Rond

صورت سلیقه‌ای در مورد درد عمل می‌کنند و به طور سیستماتیک از بیمار در مورد درد نمی‌پرسند و پرستاران در بیشتر اوقات درد را کمتر از آنچه هست تخمین می‌زنند (۱۹). بنابراین از مجموع یافته‌های این پژوهش و سایر تحقیقات می‌توان اعلام کرد: استفاده از روش سیستماتیک جهت سنجش درد کودکان در بین پرستاران نسبتاً پایین است. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بعد از مداخله تفاوت معناداری از نظر کمیت و کیفیت سنجش درد طبق گزارش خود پرستاران بین دو گروه آزمون و کنترل مشاهده شد. در تحقیقی که توسط دراند^۶ و همکاران انجام شد اجرای برنامه ماینوتورینگ درد و آموزش پرستاران باعث افزایش سنجش درد روزانه شده بود (۱۹). استیونسون^۷ در تحقیق خود، که با هدف سازماندهی برنامه تغییر مهارت مدیریت مؤثر درد بر بهبود کیفیت کنترل درد در سازمان‌های مراقبت بهداشتی انجام داده بود، نشان داد که ۸۰٪ کنترل درد موفقیت‌آمیز بوده و باعث تغییرات مثبت در ساختار سازمان‌ها شده است و آگاهی پرستاران نسبت به نقص دانش خود در زمینه سنجش و کنترل درد افزایش یافته و میزان شیوع درد را متوجه شده بودند (۱۵). در مطالعه دراند^۸ و همکاران بعد از اجرای برنامه ماینوتورینگ درد ۷۷/۱٪ پرستاران می‌خواستند که سنجش درد را ادامه دهند (۱۳). مطالعه یزدی مقدم همچنین نشان داد که پایش و مداخله سیستماتیک درد توسط پرستاران باعث افزایش میزان رضایتمندی بیماران جراحی شکمی شده است، که این افزایش رضایتمندی بیماران می‌تواند به دنبال سنجش و پایش منظم درد بیماران بوده باشد (۲۰). در این پژوهش یکی از وظایف کمیته پرستاری درد آموزش پرستاران به روش QUESTT^۹ (که یک روش سیستماتیک سنجش درد در کودکان)، نظارت و اجرای آن در بخش‌های مورد پژوهش می‌باشد، نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که با تشکیل کمیته پرستاری درد کمیت و کیفیت سنجش درد پرستاران افزایش یافت. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد در حیطه سوم توانمندسازی یعنی استفاده از فرم تنظیم شده سنجش درد قبل از

مطالعه نیکرک^۱ و همکاران حاکی از آن است که آموزش پرستاران تاسمانیایی نسبت به سنجش و کنترل درد ناکافی است و آن‌ها نیازمند آموزش کافی در زمینه سنجش و کنترل درد می‌باشند (۶). پرویزی نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسید که ۸۶/۷٪ پرستاران طی دوران تحصیل هیچ آموزشی در زمینه سنجش و کنترل درد دریافت نکرده بودند (۸). بنابراین از مجموع یافته‌های این پژوهش و سایر تحقیقات می‌توان اعلام کرد: آگاهی در مورد سنجش درد کودکان در بین پرستاران نسبتاً پایین است. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند که بعد از مداخله تفاوت معناداری از نظر میزان شناخت سنجش درد بین دو گروه آزمون و کنترل مشاهده شد. مطالعه دراند^۲ و همکاران نشان داد، اجرای برنامه ماینوتورینگ درد که شامل آموزش پرستاران در زمینه‌های درد، سنجش درد، کنترل درد و اجرای سنجش درد روزانه با استفاده از ابزار عددی بوده است، باعث افزایش شناخت پرستاران از ۶۹/۱٪ به ۷۵/۸٪ شد (۱۳). مطالعه چیانگ^۳ و همکاران نشان داد که اجرای برنامه آموزش درد کودکان برای دانشجویان پرستاری در تایوان باعث افزایش شناخت، نگرش و خود کارآمدی پرستاران بعد از اجرای برنامه آموزشی شد (۱۷). یکی از وظایف کمیته پرستاری درد آموزش پرستاران در زمینه سنجش و کنترل درد می‌باشد، نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که با تشکیل کمیته پرستاری درد و آموزش به پرستاران در زمینه سنجش درد، میزان شناخت آنان در این زمینه افزایش یافت. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد در حیطه دوم توانمندسازی یعنی کمیت و کیفیت سنجش درد طبق گزارش خود پرستاران بسیار کم است و قبل از تشکیل کمیته در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. در مطالعه لوفمارک^۴ و همکاران از ۳۲ دانشجوی پرستاری فقط ۳۳٪ آن‌ها به طور سیستماتیک و صحیح، درد را سنجش می‌کنند در حالی که ۶۶٪ دانشجویان نمی‌توانستند به طور سیستماتیک درد را سنجش کنند (۱۸). همچنین در مطالعه دراند^۵ و همکاران پرستاران به

6 - De Rond

7 - Stevenson

8 - Rond De

9 - Question-Use-Evaluate-Secure-Take cause-Take action

1 - Niekrek

2 - De Rond

3 - Chiang

4 - Lofmark

5 - De Rond

گزارشات پرستاری شده (۱۹). در این پژوهش یکی از وظایف کمیته پرستاری درد آموزش نحوه ثبت سنجش درد در فرم ویژه سنجش درد کودکان و در پرونده کودک می‌باشد، نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که با تشکیل کمیته پرستاری درد میزان ثبت سنجش درد پرستاران افزایش یافت.

بنابراین با توجه به نتایج حاصل فرضیه پژوهش مبنی بر «ایجاد کمیته درد باعث افزایش توانمندی پرستاران گروه آزمون نسبت به پرستاران گروه شاهد می‌شود» تأیید می‌گردد. در نتیجه توانمندی پرستاران در گروه آزمون افزایش یافته است، که این تأثیر می‌تواند نتیجه تشکیل کمیته پرستاری درد در بیمارستان باشد. آموزش سنجش درد به تنهایی جهت تغییر رفتار در سنجش درد کافی نیست، بلکه باید سیاست‌های اجرایی در این زمینه وجود داشته باشد. کمیته پرستاری درد علاوه بر این که باعث افزایش دانش پرستاران به صورت آموزش سنجش درد شد، با برنامه‌ریزی، تدوین سیاست‌ها، خط‌مشی‌ها، تهیه ابزار سنجش درد، تهیه و تنظیم فرم ویژه سنجش درد (توسط تیم پژوهش)، ایجاد انگیزه در پرستاران جهت سنجش درد، رفع موانع و مشکلات سنجش درد در حد ممکن و نظارت و ارزشیابی باعث اجرای سنجش درد روزانه و ثبت در قسمت گزارشات پرستاری و فرم سنجش درد در بخش‌های نمونه پژوهش بیمارستان شد. مطالعه ام‌سی کلری^۵ نشان داد که پرستاران کاردان درد به عنوان عنصر اصلی در برنامه‌های بهبود کنترل درد هستند و نیازمند حمایت‌هایی شامل آموزش، زمانی جهت ملاقات با هم و حمایت همدیگر و وجود کمیته کنترل درد در بیمارستان و همچنین مؤسسه‌ای که کنترل درد را برای تمامی بیمارستان‌ها اجرا کند، می‌باشند (۲۳).

نتیجه‌گیری

در این پژوهش تشکیل کمیته پرستاری درد باعث افزایش توانمندی پرستاران (شامل شناخت در مورد سنجش درد، خود گزارش دهی از کمیت و کیفیت سنجش درد، میزان سنجش درد و ثبت سنجش درد) در سنجش درد در گروه آزمون شد، علی‌رغم محدودیت‌های زیر که

مداخله بسیار کم است و قبل از تشکیل کمیته در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. این نتایج با نتایج حاصل از مطالعه پرویزی مطابقت دارد که ۸۳/۳٪ پرستاران ابزارهای سنجش درد را به کار نمی‌گرفتند (۸). بنابراین احتمال دارد علت این امر ناکافی بودن ابزار مناسب سنجش درد در بخش، عدم شناخت کافی از ابزارهای سنجش درد و عدم نظارت از سوی مسؤولین باشد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بعد از مداخله تفاوت معناداری از نظر استفاده از فرم تنظیم شده سنجش درد (ابزار وونگ و بیکر که جزء فرم تنظیم شده پژوهشگر جهت سنجش درد می‌باشد) بین دو گروه آزمون و کنترل مشاهده شد. نتایج تحقیق فراهانی نشان داد که ابزار مناسب سنجش درد در کودکان سن مدرسه، از دیدگاه کودکان و پرستاران، ابزار چهره‌ای وونگ و بیکر می‌باشد (۲۱). نتایج تحقیق ام‌سی دونالد^۱ و همکاران نشان داد که برای کنترل بهتر درد پرستاران باید با استفاده از ابزارهای سنجش درد و کلماتی که بیمار برای توصیف درد به کار می‌برد آشنا باشند تا درد را سنجش و کنترل مؤثرتری بر درد داشته باشند (۹). همچنین در تحقیق تردویل^۲ و همکاران نشان داد که پرستاران در مورد میزان استفاده از ابزارهای سنجش درد بیشتر از ابزارهای عددی و چهره‌ای تمایل دارند و از توصیف به کمک کلمات جهت بیان کیفیت درد استفاده می‌کردند و پرسنل رضایت بیشتری از این ابزارها داشتند (۲۲).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد قبل از مداخله، در حیطه چهارم توانمندسازی یعنی مهارت‌های ثبت سنجش درد بسیار کم است و قبل از تشکیل کمیته در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. در تحقیق دراند^۳ و همکاران هم نشان داد که ثبت درد در گزارشات پرستاری ناکافی است و شدت درد با سنجش و ثبت درد ارتباط دارد (۱۹). یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بعد از مداخله تفاوت معناداری از نظر مهارت‌های ثبت سنجش درد بین دو گروه آزمون و کنترل مشاهده شد در مطالعه دراند^۴ و همکاران اجرای برنامه مانیوتورینگ درد و آموزش پرستاران باعث افزایش ثبت در

- 1 - McDonald
- 2 - Treadwell
- 3 - De Rond
- 4 - De Rond

5 - McCleary

پرسنل جهت سنجش و کاهش بهینه درد بیماران، فراهم کردن امکانات سنجش درد برای پرسنل پرستاری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

از مدیران محترم پرستاری بیمارستان‌های ولیعصر (عج) و امام خمینی (ره) شهر اراک و پرستاران محترم بخش‌های اورژانس، ارتوپدی، جراحی بیمارستان‌های تحت پژوهش که جهت تکمیل پرسشنامه‌ها و شرکت در طرح سنجش درد همکاری لازم را داشته‌اند صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

عبارتند از: خستگی، بی‌خوابی و تغییر شیفت مواردی هستند که بر نحوه سنجش درد پرستاران نمونه پژوهش مؤثر می‌باشند و از کنترل پژوهشگر خارج می‌باشد پیشنهاد می‌شود از تشکیل کمیته پرستاری درد به منظور راهی مطمئن برای افزایش توانمندی پرستاران در سایر بخش‌ها و در سایر شرایط استفاده شود. با تشکیل کمیته پرستاری درد، پرستاران با سنجش درد آشنا شده و با سنجش درد، درد را سریع‌تر شناسایی کرده و کنترل مؤثرتری جهت درد خواهند داشت. از وظایف دیگر کمیته درد به جز آموزش پرسنل پرستاری، تغییر ساختار بیمارستان در راستای سنجش درد، ایجاد خط‌مشی‌ها و روش‌هایی جهت نظارت و ارزیابی سنجش درد می‌باشد، تا باعث ایجاد مسؤولیت در

منابع

- 1 - Schulte E, Price D, Gwin J. Thompson's pediatric nursing, an introductory text. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2001. P. 27-37.
- 2 - Allahyari A, Alhani F. Methods and processes to pediatrics' preparation for injection due to pain reduction. Iranian Journal of pediatrics. 2005; 1: 238.
- 3 - Cunliffe MR, Roberts S. Pain management in children. Current anesthesia and critical care. 2004; 15(4): 272-283.
- 4 - Orourke D. The measurement of pain in infants & Adolescence: from policy to practice. Physical therapy. 2004; 84(6): 560-570.
- 5 - American Academy of Pediatrics, American Pain Society. The assessment and management of acute pain in infant children and adolescents. Pediatrics. 2001; 108 (3): 793-797.
- 6 - Niekrek LM, Martin F. Tasmanian Nurses Knowledge of pain management. Nursing study. 2001; 38(2): 141-152.
- 7 - Mackrodt K, White M. Nurse Knowledge with in the context of pain management. Orthopedic nursing. 2001; 5 (1): 15-21.
- 8 - 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. Iranian Journal of pediatrics 2005; 15 (1): 190.
- 9 - McDonald D, Laporta M, Meadows-Oliver M. Nurse Response to pain communication from practice a post-test experimental study. Nursing studies. 2007; 44(1): 29-35.
- 10 - Wilson D, Wong DL, editors. Wong's clinical manual of pediatric nursing. 5th ed, St. Louis: Mosby; 2004. P. 404-413.
- 11 - Brockopp D, Brockopp G, Warden S, Wilson J, Carpenter J, Vandever B. Barriers to change a pain management project. Nursing studies. 1998; 35(4): 226-232.
- 12 - Varvani P, Alhani F. Evaluation of the nurse's problems in using pain assessment tools in children. Shahid Beheshti journal of nursing. 2008; 18(62):40-46.
- 13 - Derond ME, Dewite R, Vandam FS, Muller MJ. A pain monitoring program for nurses: effects on nurses, pain knowledge and attitude. Journal of pain & symptom management. 2002; 19(6): 457-467.
- 14 - Finley G.A, Forgeron P, Arnaout M. Action research: Developing a pediatric cancer pain program in Jordan. Anesthesia & Psychology. 2008; 35(4): 447-454.
- 15 - Stevenson KM, Berry PH, Griffin J. Institutionalizing effective pain management practice change program to improve the quality of pain management in small health care organization. Pain management. 2006; 31(3): 248-262.
- 16 - Malviya S, Lewis T, Merkel S, Tait A. Difficult pain assessment and lack of clinician knowledge of ongoing barriers to effective pain management in children with cognitive impairment. Acute pain. 2005; 7(1): 27-32.

- 17 - Chiang L, Chen HJ, Huney L. Student nurse's knowledge, attitudes, and self-efficacy of children's pain management evaluation program in Taiwan. *Pain and symptom management*. 2006; 32(1): 82-88.
- 18 - Lofmark A, Gustarsson C, Wikblad K. Student nurses ability to perform pain assessment. *Nurse education in practice*. 2003; 3(3): 133-43.
- 19 - Derond ME, Dewit R, Vandam FS, Muller MJ. A pain-monitoring program for nurses: effects on communication, assessment & documentation of patient's pain. *Journal of pain & symptom management*. 2000; 20(6): 424-438.
- 20 - Yazdi moghaddam H. Assessment the effect of pain management by nurses on patient satisfaction under surgery. Msc. Thesis for nursing studies, Tehran: Tarbiat Modarres University, 2004.
- 21 - Varvani P, Alhani F. Evaluation of nurse's attitude about using pain assessment tools on school age children. 5th Congress on pediatrics Nursing. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2007. p.114.
- 22 - Treadwell MJ, Franck LS, Vichinsky E. Using quality improvement strategies to enhance pediatric pain assessment. *International journal for in health care*. 2002; 14(1): 39-47.
- 23 - McLeary L, Ellis JA, Rowley B. Evaluation of the pain resource nurse role: A resource for improving pediatric pain management. *Pain management nursing*. 2004; 5(1): 29-36.

Archive of SID

Assessing the effects of establishing a nursing commission of pain management on empowering nurses within pain assessment process

Farahani¹ P (MSc.) - Alhani² F (Ph.D) - Mohammadi³ E (Ph.D).

Introduction: Pain is often inadequately controlled for hospitalized patients specially children. There are barriers to pain assessment of hospitalized children such as lack of appropriate pain assessment tool, lack of specific regulations and policies and nurses' insufficient knowledge and skills. The present study aimed at determining the effects of establishing a nursing commission of pain management on empowering nurses within pain assessment process.

Method: A quasi-experimental study was conducted with a sample of 64 nurses who were recruited in the study through cluster randomized sampling method. The samples were drawn from Emergency room, Surgery & Orthopedic units of Vali-e Asr Hospital as the control group and Imam Khomeini Hospital as the intervention group, in 2007. Data was gathered using questionnaires of demographic information; nurses empowering tools on pain assessment process of children (consisted of recognition of pain assessment, self reporting of quality and quantity of pain assessment, pain assessment measurement, checklist on skills of documenting pain assessment). After taking pretest, nursing commission of pain management for nurses' empowerment was established, which followed by undertaking a post-test. All statistics were computed by the SPSS software (version 12).

Results: Findings revealed that mean scores of nurses recognition of pain assessment was increased from 7.7 to 12.9 in intervention group and from 8.4 to 8.6 in control group. Regarding self reporting of quality and quantity of pain assessment, the values turned from 1.9 to 2.8 in intervention group and 2.1 to 2.2 in control group. Pain assessment measuring increased from 0.11 to 0.72 in intervention group and 0.10 to 0.10 in control group. Pain assessment documentation skill improved from 0.03 to 0.72 in experimental group while there were no changes in control group (0.03). Nurses' empowerment was progressed significantly after establishing the pain management commission ($P=0.01$).

Conclusion: The results indicated that establishing pain commission increased nurse's competencies in assessing pain. Therefore, establishing the nursing commission of pain management in other hospitals is recommended to influence nurses' empowerment and children pain assessments, considering its effectiveness and inexpensiveness, with no need for new staffs and budget.

Key words: Nurse, Nursing pain commission, Empowerment, Pain assessment process, Pediatric

1 - Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University.

2 - Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

e-mail: alhani_f@modares.ac.ir

3 - Associate Professor, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University.