

The Attitude and Performance of Nurses Regarding Pain Management in the Patients Admitted to the Emergency Department

Jaleh Mohammad Aliha¹, Tahereh Najafi Ghezeljeh², Shima Haghani³

*Shirin Nasrollah Nejjhad⁴

Abstract

Background & Aims: Pain management is essential in the emergency room (ER) care plan, and nurses play a key role in this regard. The positive attitude and proper performance of the healthcare staff is critical in pain management, which is an important patients' right. The present study aimed to assess the attitude and performance of nurses regarding pain management in the patients admitted to the ER.

Materials & Methods: This cross-sectional, descriptive survey was conducted on 150 nurses employed in the ERs of the hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran in 2018. The eligibility criteria were the minimum of bachelor's degree/higher in nursing and six months of work experience in the ER. Data were collected using a demographic questionnaire and the questionnaire of performance regarding pain management. Data analysis was performed in SPSS version 16 using descriptive and inferential statistics.

Results: The mean age of the participants was 31.98 ± 5.52 years, and the majority (82.9%) had no prior training on pain management. Regarding pain management in the ER, the mean scores of attitude and performance were 57.16 ± 5.022 and 6.02 ± 2.53 , respectively. No significant differences were observed between the mean scores of attitude and performance with the demographic characteristics.

Conclusion: According to the results, the nurses had moderate attitudes toward pain management, and although their self-report indicated proper performance in this regard, they had inadequate knowledge regarding the use of pain management tools. Therefore, it is recommended that proper education and in-service re-training be provided for the promotion of proper pain management in the patients and increasing the quality of care, as well as proper training on the use of pain assessment measures.

Keywords: Attitude, Performance, Pain Management, Emergency Ward

Conflict of Interest: No

How to Cite: Mohammad Aliha J, Najafi Ghezeljeh T, Haghani SH, Nasrollah Nejjhad SH. The Attitude and Performance of Nurses Regarding Pain Management in the Patients Admitted to the Emergency Department. *Iran Journal of Nursing*. 2020; 32(122):38-50.

Received: 11 Nov 2019

Accepted: 8 Feb 2020

¹. Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

². Associate Professor, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³. MS in Biostatistics, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴. MS, Shohada-e Haftom-e Tir Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author)
Tel: 09305803335 Email: nasrolahnejhad.sh@iums.ac.ir

نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران در بخش‌های اورژانس

ژاله محمد علیها^۱، طاهره نجفی قزljه^۲، شیما حقانی^۳، *شیرین نصرالله نژاد^۴

چکیده

زمینه و هدف: مدیریت درد یکی از مهم‌ترین اجزای مراقبت درد بیماران در بخش اورژانس است و پرستار نقش کلیدی در مدیریت درد دارد. نگرش مثبت و عملکرد مناسب مراقبین سلامت نسبت به مدیریت درد بسیار مهم می‌باشد و این مسئله جز حقوق بیماران است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران مراجعه کننده به بخش‌های اورژانس صورت گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی - توصیفی است که به روش تمام شماری بر روی ۱۵۰ پرستار شاغل در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۷ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل دارا بودن تحصیلات کارشناسی و بالاتر و حداقل شش ماه سابقه کار در بخش اورژانس بودند. ابزار مطالعه پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه نگرش و عملکرد در رابطه با مدیریت درد بود. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سن واحدهای مورد پژوهش ۳۱/۹۸ و با انحراف معیار ۵/۵۲ بود. بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۸۲/۹ درصد) سابقه دریافت آموزش در زمینه درد نداشتند. در ارتباط با مدیریت درد بیماران بخش اورژانس، میانگین نمره نگرش $5/22 \pm 57/16$ و میانگین نمره عملکرد $(2/53 \pm 6/02)$ بود. بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۸۲/۹ درصد) سابقه آموزش درد نداشتند. تفاوت معنی دار آماری بین میانگین نمرات نگرش و عملکرد با مشخصات جمعیت شناختی وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری کلی: نتایج مطالعه نشان داد که پرستاران نگرش متوسط در مورد مدیریت درد داشتند و در خوداظهاری عملکرد خوبی نسبت به مدیریت درد بیماران بیان کردند ولی آگاهی و شناخت کافی از ابزارهای درد و نحوه استفاده از ابزارها را نداشتند. بنابراین آموزش و برگزاری کلاس‌های بازآموزی ضمن خدمت در جهت ارتقاء مدیریت صحیح درد بیماران و ارتقاء کیفیت مراقبت درمانی و آموزش استفاده از ابزار سنجش درد پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: نگرش، عملکرد، مدیریت درد، اورژانس

تعارض منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۹۸/۸/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۱۹

^۱ مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۳ کارشناسی ارشد آمار زیستی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

^۴ کارشناس ارشد، بیمارستان شهدای هفتم تیر، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۳۰۵۸۰۳۳۳۵

Email: Nasrolahnejhad.sh@iums.ac.ir

مقدمه

پرستاری و یک مؤلفه مهم مدیریت مؤثر درد بیمار می‌باشد^(۹). مدیریت درد بیماران اورژانس یکی از مهم‌ترین جنبه مراقبت های پرستاری و یک بخش اساسی از نقش مراقبتی پرستاران اورژانس است^(۱۰) و با استفاده از روش های ارزیابی درد امکان پذیر است. با وجود این که درد رایج ترین علامت در بخش اورژانس است، هنوز روش های مدیریت درد در مواقع حیاتی برای پرستاران اورژانس ارائه نشده است^(۱۱).

موانعی جهت درمان و مدیریت درد وجود دارد^(۱۲). در این بین مهم است که موانع تسکین مؤثر درد مشخص و با تدابیر مناسب رفع شود^(۵). موانع و ابهامات سنجش و کنترل درد شامل کمبود وقت و امکانات با بیشترین تأثیر، کمبود کارکنان، حجم کار بیشتر از ظرفیت افراد، ارزیابی ناکافی درد، عوارض مخدرها، مداخلات غیر دارویی درد، فاصله بین دستور پزشک و تجویز دارو با توجه به حجم بالای کار در بخش اورژانس، احتمال بروز اعتیاد به مخدرها، تأخیر درمان درد برای انجام تست های تشخیصی، ترس از بروز دپرسیون تنفسی (Respiratory depression) و یا مرگ ناشی از مخدرها، دانش ناکافی، نگرش منفی و عملکرد ضعیف و عدم مهارت تصمیم گیری بالینی پرستاران در جهت مدیریت درد می باشند^(۱۲،۱۳). پرستاران اولین افراد حاضر بر بالین بیمار در هنگام درد بوده و بیشترین مدت زمان حضور را در کنار بیمار دارند^(۱۴،۱۵). در نتیجه موفق ترین پرستاران آن هایی خواهند بود که شایستگی و توانایی بررسی درد داشته باشند. لازم است که پرستاران به مهارت های ارتقاء دهنده سطح کیفی مراقبت ها دست یابند و آن ها را در عمل به کار گیرند. در این میان پرستاران بخش اورژانس باید افراد ورزیده ای باشند که در زمینه تمام زیرگروه های پرستاری اطلاعات وسیعی داشته و علاوه بر داشتن دانش و مهارت، قادر به قضاوت در موقعیت های خطیر بالینی، تصمیم گیری جهت حفظ حیات، حل مشکلات پیچیده و تفکر در مواقع بحرانی باشند^(۱۶).

توانایی شناختی پرستار، به خصوص توانایی وی برای پردازش اطلاعات و تصمیم گیری بر بالین بیمار، از اجزای

انجمن بین المللی مطالعه درد (International IASP Association for the Study of Pain)، درد را تجربه حسی و احساس ناخوشایند مرتبط با آسیب واقعی یا بالقوه بافتی تعریف می کند^(۱). یکی از شایع ترین دلایل مراجعه بیماران به بخش اورژانس درد است. بیشتر بیماران حین بستری درد را تجربه می کنند^(۲). تقریباً ۳۸ تا ۷۸ درصد بیماران مراجعه کننده به این بخش از درد شدید تا متوسط شکایت دارند^(۳). عدم تسکین درد بیماران از مهم ترین موضوعات رایج بخش اورژانس است^(۴). موفقیت نبودن در کنترل درد بیماران در بخش اورژانس می تواند موجب رنج و ناراحتی، از دست دادن کنترل، کاهش تمرکز و اشتها و کاهش خواب آنان شود^(۵). مشکلات دیگری همچون افزایش طول درمان، عوارض بیماری و عوارض درمان به طور معنی داری در افراد با درد تسکین نیافته بالاتر است^(۶).

یکی از دلایل شروع درد شدید در بیماران می تواند اندازه گیری نامناسب آن باشد^(۷) در نتیجه ضروری است که درد در مرحله ابتدایی شناسایی شده و تسکین یابد^(۵). ارزیابی و سنجش کامل درد بیمار، کلید تأثیرگذار در مدیریت درد است. بنابراین جلوگیری از به اوج رسیدن درد با ارزیابی اولیه و مدیریت اولیه درد فراهم می شود^(۴). Change و همکاران به این نتیجه رسیدند که پرستاران و پزشکان در ارزیابی و مدیریت درد بیماران اورژانس ضعیف عمل می کنند^(۸). مدیریت درد (pain management) دارای تاریخچه ای کمتر از دو دهه می باشد. اخیراً شاخه مدیریت درد با راهنمای مدیریت درد بین المللی (Interventional pain management procedures: IPMPs) توسعه پیدا کرده است. در بسیاری شهرهای بزرگ آمریکا کلینیک های تسکین درد برای آموزش تکنیک هایی از IPMPs راه اندازی شده است^(۴). ارزیابی درد، افزایش سطح دانش و نگرش مثبت و عملکرد مناسب پرستاری پایه ای برای انجام مداخلات

به طور چشمگیری منجر به ارزیابی غلط درد شود. بنابراین داشتن نگرش مثبت و عملکرد مناسب در ارزیابی و مدیریت درد اقدامی حیاتی است. عوامل فرهنگی متفاوت، نگرش های مختلفی در جهت موافقت یا مخالفت با یک موضوع ایجاد می کند، و از آن جا که عوامل مختلف نیز در تثبیت یا تغییر این نگرش ها مؤثرند، با آگاهی از نگرش پرستاران نسبت به درد بیماران می توان در صورت لزوم عوامل مؤثر در تغییر یا تثبیت نگرش منفی، به تغییر آن در جهت مطلوب اقدام نمود^(۲۷،۲۸).

مطالعه مدانلو و همکاران نشان داد که حداقل نمره شدت درد ثبت شده توسط بیماران ۵ بود، در حالی که ۹۰ درصد بیماران شدت درد خود را بیشترین میزان اعلام کرده بودند. بدین معنی که برآورد درد از دیدگاه پرستار و خود بیمار اختلاف زیادی داشت، و برآورد بیماران و پرستاران از درد در بخش تریاژ همخوانی نداشت و در بسیاری مواقع برعکس یکدیگر بود^(۲۹). مطالعه سعادتی و همکاران به مهارت های تصمیم گیری بالینی پرستاران نسبت به مدیریت درد بیماران پرداخته بود که نتیجه آن مهارت پایین پرستاران در زمینه مدیریت درد بیمار بود و همچنین دانش کم و نگرش متوسط نسبت به مدیریت درد داشتند^(۳۰).

مرور منتقدانه بر مطالعات مختلف نشان می دهد که بررسی نگرش و عملکرد پرستاران نسبت به مدیریت درد بیماران در بخش های دیگر همچون بخش مراقبت های ویژه انجام شده است ولی در بخش اورژانس مورد بررسی قرار نگرفته است. در مطالعات انجام شده تمرکز بر روش های غیر فارماکولوژیک و محیطی در تسکین درد، تأثیر آموزش در بهبود مهارت های پرستاران در زمینه شناخت، بررسی و کنترل درد، ارتباط نحوه نگرش نسبت به تسکین درد با دریافت مسکن و شدت درد در بیماران مبتلا به سرطان بوده است ولی نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران را مورد بررسی قرار نداده اند. و پژوهشگر مطالعه ای با این دو متغیر (نگرش، عملکرد پرستار) در رابطه با

کلیدی عملکرد پرستار اورژانس می باشد^(۱۷). آنان دائماً نیازمند تصمیم گیری در مورد کنترل درد بیماران هستند و کنترل مؤثر، نیازمند فرآیند تصمیم گیری صحیح است که از طریق آگاهی کافی و نگرش مثبت در ارتباط با درد و درمان آن میسر می باشد^(۱۸). مدیریت مناسب درد بستگی به بررسی سیستماتیک و صحیح درد جهت راهنمایی در تصمیم گیری برای تیتراژ ضد دردها و تجویز داروهای "در صورت نیاز" دارد^(۱۹). با توجه به نقش عمده پرستاران در ارائه مراقبت بهداشتی و ارتقای سلامت جامعه، WHO (World Health Organization) بر انتقال قدرت تصمیم گیری و مداخله به آنها، به عنوان خطوط مقدم ارائه خدمات سلامت تأکید نموده است^(۲۰). تمامی عوامل به همراه ارتقاء مهارت های بالینی پرستار جهت مدیریت درد بیمار می توانند تسکین درد را به طور مؤثر تسهیل نمایند^(۱۲،۲۱).

گزارش بیمار قابل اعتمادترین و دقیق ترین شاهد برای وجود درد و شدت آن است و به عنوان استاندارد طلایی از آن یاد می شود^(۲۲). پس از این که درد توسط بیمار گزارش می شود پزشک مربوطه تصمیم می گیرد که چه مسکنی تجویز نماید و پرستار با در نظر گرفتن شرایط و سودمند بودن تصمیم برای بیمار و نیاز سازمان، با دانش کافی به منظور پاسخگویی به نیازهای پیچیده بحرانی و با توجه به شرایط تصمیم می گیرد که آیا داروی ضد درد تجویز شده را اجرا نماید یا خیر^(۲۳). با وجود پیشرفت های اخیر، پرستاران باید بر روی مشکلات بیمار با هدف مدیریت مؤثر درد تمرکز کنند^(۲۴). چرا که پرستاران با استفاده از مدیریت مؤثر درد طول مدت بستری را کم، میزان بیماری و مرگ را کاهش داده، دوره بستری شدن را کم کرده، و سبب افزایش رضایت بیماران می شوند^(۲۵). از آن جا که پرستاران در فراهم نمودن راحتی و تسکین درد بیماران نقش اساسی دارند، انجام مطالعه جهت شناخت بهتر نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با درد و تسکین درد ضروری است^(۲۶). نگرش منفی می تواند

عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد جمع آوری شدند. پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی شامل شش سؤال در مورد سن، جنسیت، سابقه کار، سابقه کار در بخش اورژانس، آموزش، درد و سطح تحصیلات بود. پرسشنامه دوم پرسشنامه نگرش پرستاران در ارتباط با مدیریت درد بیمار می‌باشد. این ابزار شامل ۲۰ سؤال چند گزینه‌ای می‌باشد. نمره بندی ابزار بر اساس مقیاس لیکرت (چهار تایی) و پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت امتیاز بندی شد (کاملاً موافقم نمره ۴، موافقم نمره ۳، مخالفم نمره ۲، و کاملاً مخالفم نمره ۱). دامنه نمرات ۸۰-۲۰ و نمرات بالاتر از ۶۲ درصد نگرش مثبت، بین ۶۲-۳۵ درصد نگرش متوسط، و زیر ۳۵ درصد نشان دهنده نگرش منفی نسبت به مدیریت درد می‌باشد. این ابزار با هدف تعیین نگرش پرستاران نسبت به مدیریت درد بیمار اولین بار توسط Ferrell در سال ۱۹۹۳ استفاده شد و McMillan آن را در سال ۱۹۹۳ بازنگری و در سال ۲۰۰۰ مک میلان و همکاران طراحی نمودند. روایی ابزار نیز از طریق روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون کادر پرستاری و ضریب ۰/۸۰ و ارزیابی انسجام داخلی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ تأیید شده است^(۳۲،۳۱) در ایران این ابزار توسط محمدرضا افلاطونیان و همکاران استفاده شد. این ابزار به روش ترجمه به فارسی برگردان توسط تیم پژوهش در دانشکده پرستاری جیرفت ترجمه شده و همچنین روایی آن توسط ۱۰ نفر از اساتید انجام و پایایی آن نیز بر اساس ضریب همبستگی درونی و با استفاده از آلفای کرونباخ (۰/۸۶) گزارش گردیده است. ثبات درونی در این مطالعه با آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بود^(۳۳). برای تعیین روایی پرسشنامه نگرش و اطلاعات جمعیت شناختی از نظرات علمی اعضای محترم هیأت علمی دانشکده پرستاری و

مدیریت درد بیماران در بخش اورژانس در ایران نیافت لذا از آنجا که مدیریت درد در بخش اورژانس امری اساسی است و بیماران به طور بارز با آن مواجه هستند، و پرستاران با داشتن مهارت همراه با نگرش مثبت و عملکرد مناسب می‌توانند بر مدیریت درد بیمار در بخش اورژانس مؤثر واقع شوند. عدم مشاهده مطالعه‌ای در این خصوص در بخش‌های اورژانس ایران، پژوهشگر را بر آن داشت تا مطالعه حاضر با هدف تعیین نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران مراجعه کننده به بخش‌های اورژانس مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران انجام دهد.

روش بررسی

این پژوهش مقطعی-توصیفی در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه پژوهش را تمامی پرستاران شاغل در بخش اورژانس بیمارستان‌های آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران تشکیل دادند. در این مطالعه با روش تمام شماری ۱۵۰ پرستار مورد مطالعه قرار گرفتند و تمامی پرستاران بخش اورژانس در صورت تمایل، با داشتن معیارهای ورود به مطالعه (میزان تحصیلات کارشناسی پرستاری و بالاتر و حداقل شش ماه سابقه کار در اورژانس) وارد مطالعه شدند. علت و هدف مطالعه برای پرستاران شرح داده شد و نیز به آن‌ها اطلاع داده شد که حضورشان در این مطالعه کاملاً اختیاری بوده و هیچ گونه اجباری وجود ندارد. همچنین برای پاسخ‌دهی مناسب، اجباری در قید کردن نام و نام خانوادگی نیست. پس از تحویل پرسشنامه‌ها دو نفر از شرکت کنندگان به دلیل رضایت نداشتن برای مشارکت، از مطالعه خارج شدند. پرسشنامه‌ها ابتدای نوبت کاری به پرستاران داده شد تا در طول ساعت کاری آن را تکمیل کرده و در انتهای کار تحویل دهند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه نگرش و چک لیست

مجموعه (IR.IUMS.FMD.REC.1396.9411706008) مجوز گرفته شد. برای آنالیز داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و درصد) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس، تی مستقل) استفاده شد و داده‌ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

شرکت کنندگان در این مطالعه شامل ۱۵۰ پرستار شاغل در بخش اورژانس بودند. یافته‌های حاصل از مطالعه نشان داد که سن ۳۸ درصد پرستاران بخش‌های اورژانس کمتر از ۳۰ سال با میانگین و انحراف معیار $31/98 \pm 5/52$ بود. $63/3$ درصد از پرستاران زن، $94/6$ درصد از نمونه‌ها دارای تحصیلات کارشناسی، 39 درصد نمونه‌ها سابقه کار بین ۶ تا ۱۰ سال با میانگین و انحراف معیار $2/03 \pm 8/08$ و $66/7$ درصد پرستاران سابقه کار ۱ تا ۵ سال در بخش اورژانس با میانگین و انحراف معیار $3/96 \pm 4/63$ سال داشتند. $82/9$ درصد از پاسخ دهندگان دوره‌های آموزش درد را نگذرانده بودند (جدول شماره ۱).

مامایی ایران نیز استفاده شد. نمره پایایی این ابزار یا همان آلفای کرونباخ $0/95$ به دست آمد. چک لیست عملکرد پرستاران در ارتباط با مدیریت درد بیماران شامل پنج سؤال (چهار سؤال چند گزینه‌ای و یک سؤال تشریحی) می‌باشد. پرسشنامه توسط پرستاران شرکت کننده در مطالعه (به صورت خوداظهاری) تکمیل شد. نمره بندی ابزار بر اساس بله با نمره ۲، تا حدودی با نمره ۱ و خیر با نمره ۰ از ۰ تا ۸ متفاوت بوده و نمره بالاتر از میانه یعنی ۴ نشان از عملکرد بهتر و نمره کمتر از میانه نشان از عملکرد ضعیف پرستاران در زمینه مدیریت درد می‌باشد. اسدی نقابی و افلاطونیان اعتبار این ابزار را برای مردم ایران تأیید کردند^{۳۳}. اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا تعیین گردید^{۳۴}. و نمره پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ $0/95$ بود. پس از آگاهی شرکت کنندگان از هدف مطالعه، رضایتنامه آگاهانه و آزادانه بصورت کتبی در پژوهش اخذ گردید. به پرستاران اطمینان داده شد که حضورشان در این مطالعه کاملاً اختیاری بوده و همچنین برای پاسخ‌دهی مناسب، اجباری در قید کردن نام و نام خانوادگی نمی‌باشد. برای انجام این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران

جدول شماره ۱: شاخص‌های عددی نمره نگرش و عملکرد برحسب مشخصات جمعیت شناختی پرستاران اورژانس

| متغیر جمعیت شناختی | فراوانی (درصد) | | نگرش | | عملکرد | | آزمون |
|--------------------|-----------------------|-----------|--------------|---------|--------------|------|----------------|
| | متغیرهای جمعیت شناختی | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | |
| زیر ۳۰ سال | ۴۶ (۳۸/۰) | ۵۷/۴۱ | ۴/۰۸ | ۵/۴۱ | ۱/۷۵ | ۵/۴۱ | F = ۲/۶۸۸ |
| سن | ۳۰-۳۴ | ۳۵ (۲۸/۹) | ۵/۷ | ۵/۷ | ۱/۶۴ | ۶/۰۵ | P-value= ۰/۰۷۲ |
| ۳۵ و بالاتر | ۴۰ (۳۳/۱) | ۵۸/۸۳ | ۴/۱ | ۵۸/۸۳ | ۱/۸۶ | ۶/۲۶ | |
| جنسیت | زن | ۹۵ (۶۳/۳) | ۴/۷۳ | ۵۷/۵۴ | ۱/۶۷ | ۶/۱۰ | t= ۰/۸۱۱ |
| مرد | ۵۵ (۳۶/۵۷) | ۵۶/۴۹ | ۵/۴۷ | ۵۶/۴۹ | ۱/۶۸ | ۵/۸۶ | df=۱۴۸ |
| | | | | | | | P-value= ۰/۴۱۶ |
| سابقه کار | ۱-۵ | ۴۳ (۳۵/۰) | ۴/۵۵ | ۵۷/۹۳ | ۱/۸۴ | ۵/۵۳ | F = ۰/۰۲۸ |
| ۶-۱۰ | ۴۸ (۳۹/۰) | ۵۷/۱۲ | ۵/۶۷ | ۵۷/۱۲ | ۱/۴۱ | ۶/۲۱ | P-value= ۰/۸۱۶ |
| ۱۱-۱۵ | ۲۱ (۱۷/۱) | ۵۸/۰۸ | ۴/۵۲ | ۵۸/۰۸ | ۲/۰۸ | ۵/۱۹ | |
| >۱۶ | ۷ (۵/۷) | ۵۷/۷۳ | ۶/۴۶ | ۵۷/۷۳ | ۱/۲۹ | ۵/۷۸ | |
| ۱-۵ | ۱۰۰ (۶۶/۷) | ۵۶/۶۱ | ۵/۱۵ | ۵۶/۶۱ | ۱/۵۷ | ۵/۹۹ | |

| | | | | | | | | |
|--------------|-------------|------------|-------|------|----------------|------|------|-----------------|
| سابقه کار در | ۶-۱۲ | ۴۲ (۲۸/۰) | ۵۸/۵۹ | ۴/۸۸ | F = ۲/۴۳۳ | ۵/۹۲ | ۱/۹۰ | F = ۰/۸۲۷ |
| بخش | >۱۲ | ۸ (۵/۳) | ۵۶/۵۰ | ۲/۲۰ | P-value= ۰/۰۹۱ | ۶/۷۵ | ۱/۷۵ | P-value= ۰/۴۳۹ |
| اورژانس | | | | | | | | |
| دارم | | ۲۵ (۱۷/۱) | ۵۷/۶۵ | ۶/۰۵ | t= ۰/۵۲۳ | ۶/۲۵ | ۱/۷۰ | t= ۰/۷۳۴ |
| ندارم | | ۱۲۱ (۸۲/۹) | ۵۷/۰۶ | ۴/۸۷ | df=۱۴۸ | ۵/۹۷ | ۱/۶۹ | df=۱۴۸ |
| آموزش درد | | | | | P-value= ۰/۶۰۲ | | | P-value= ۰/۴۶۴ |
| سطح | کارشناسی | ۱۳۸ (۹۴/۶) | ۵۷/۲۳ | ۵/۱۲ | Z=۰/۶۵۵ | ۶/۱ | ۱/۵۸ | Z=۱/۸۴۵ |
| تحصیلات | کارشناسی | ۸ (۵/۴) | ۵۵/۹۸ | ۳/۴۵ | P-value= ۰/۵۱۳ | ۴/۵ | ۲/۵۶ | P-value = ۰/۰۶۵ |
| | ارشدوبالاتر | | | | | | | |

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی و شاخص های عددی نگرش پرستاران مورد پژوهش در ارتباط با مدیریت درد بیماران در بخش اورژانس

| درصد | فراوانی | نگرش |
|---------------|---------|------------------------|
| ۸۲/۷ | ۱۲۴ | متوسط (۶۲-۳۵) |
| ۱۷/۳ | ۲۶ | مثبت (بالای ۶۲) |
| ۱۰۰ | ۱۵۰ | جمع کل |
| ۵۷/۱۶ ± ۵/۰۲۲ | | انحراف معیار ± میانگین |
| ۳۶-۷۲ | | پیشینه-کمینه |

مطابق جدول شماره ۳ فراوانی و درصد پاسخ به سئوالات نگرش در چهار گویه نشان داده شده است و نگرش با توجه به پاسخ به سئوالات مورد بررسی قرار گرفت. بیشترین توافق در مورد نگرش مثبت برای سئوال "اگر بیمار پس از دریافت مسکن هنوز دچار درد باشد، باید به پزشک اطلاع داد" با میانگین و انحراف معیار ۳/۴۶ ± ۰/۵۷ و کمترین توافق در مورد نگرش منفی برای سئوال "بیمار و خانواده اش بررسی دقیق تری در ارتباط با درد دارند" با میانگین و انحراف معیار ۲/۴۸ ± ۰/۸۷ بود.

مطابق با جدول شماره ۱، نگرش و عملکرد با هیچ یک از مشخصات جمعیت شناختی ارتباط معنی دار آماری نداشت ($P > ۰/۰۵$). در ضمن ضریب همبستگی پیرسون نشان دهنده آن بود که نگرش با سابقه کار در بخش اورژانس ($P = ۰/۳۰۸$)، سن ($r = ۰/۰۸۴$)، سابقه کار ($r = ۰/۱۴۷$, $p = ۰/۱۰۸$) و سابقه کار ($r = ۰/۱۴۴$, $p = ۰/۱۱۳$) همبستگی خطی معنی دار آماری نداشتند. عملکرد نیز با سابقه کار در بخش اورژانس ($r = ۰/۰۹$, $p = ۰/۲۷۸$)، سن ($r = ۰/۱۶۸$, $p = ۰/۰۶۸$) و سابقه کار ($r = -۰/۰۳۴$, $p = ۰/۹۷۲$) همبستگی خطی معنی دار آماری نداشتند.

همان طور که جدول شماره ۲ نشان می دهد هیچ کدام از واحدهای پژوهش نگرش منفی نداشتند و ۸۲/۷ درصد شرکت کننده ها سطح نگرش متوسط داشتند. میانگین و انحراف معیار نمره نگرش ۵۷/۱۶ ± ۵/۰۲۲ بود.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی و شاخص عددی سوالات نگرش پرستاران مورد پژوهش در ارتباط با مدیریت درد بیماران در بخش اورژانس

| مقیاس لیکرت | کاملاً موافق | موافق | مخالف | کاملاً مخالف | انحراف معیار ± میانگین | سوالات |
|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------------------|---|
| | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | | |
| | ۳۳ (۲۲/۳) | ۶۹ (۴۶/۶) | ۳۴ (۲۳) | ۱۲ (۸/۱) | ۰/۸۶ ± ۲/۸۳ | بیان درد توسط بیمار معتبرترین گزارش است. |
| | ۱۷ (۱۱/۵) | ۵۸ (۳۹/۲) | ۵۲ (۳۵/۱) | ۲۱ (۱۴/۲) | ۰/۸۷ ± ۲/۴۸ | بیمار و خانواده‌اش بررسی دقیق‌تری در ارتباط با درد دارند. |
| | ۵۹ (۴۰/۱) | ۷۷ (۵۲/۴) | ۹ (۶/۱) | ۲ (۱/۴) | ۰/۶۵ ± ۳/۳۱ | بررسی مداوم درد و اثربخشی دارویی در مدیریت مؤثر درد الزامیست. |
| | ۵۳ (۳۵/۸) | ۷۴ (۵۰) | ۱۹ (۱۲/۸) | ۲ (۱/۴) | ۰/۷۰۹ ± ۳/۲۰ | عدم بیان درد الزاماً به معنای عدم وجود درد نیست |
| | ۱۴ (۹/۵) | ۶۵ (۴۴/۲) | ۵۴ (۳۶/۷) | ۱۴ (۹/۵) | ۰/۷۹ ± ۲/۵۴ | بیمار باید در وضعیت بدون درد نگه داشته شود. |
| | ۲۹ (۱۹/۶) | ۷۶ (۵۱/۴) | ۳۹ (۲۶/۴) | ۴ (۱۹/۶) | ۰/۷۴ ± ۲/۸ | سطح ثابت بی‌حسی باید در خون موجود بوده تا درد به صورت مؤثر کنترل شود |
| | ۲۰ (۱۳/۸) | ۷۶ (۵۲/۴) | ۴۳ (۲۹/۷) | ۶ (۴/۱) | ۰/۷۳ ± ۲/۷۶ | بیمار باید قبل از تجویز دوز مسکن درد را تجربه کند. |
| | ۲۰ (۱۳/۵) | ۸۰ (۵۴/۱) | ۳۹ (۲۶/۴) | ۹ (۶/۱) | ۰/۷۶ ± ۲/۷۵ | در زمان درد مداوم، تجویز داروی مخدر به صورت منظم بهتر از تجویز به شکل "در صورت نیاز" است. |
| | ۲۵ (۱۷/۱) | ۸۲ (۵۶/۲) | ۳۲ (۲۱/۹) | ۷ (۴/۸) | ۰/۷۵ ± ۲/۸۶ | بیمارانی که به صورت منظم مخدر دریافت می‌کنند، بیشتر در خطر اعتیاد هستند. |
| | ۳۰ (۲۰/۸) | ۷۰ (۴۸/۶) | ۴۳ (۲۹/۹) | ۳۰ (۲۰/۸) | ۰/۷۲ ± ۲/۹ | افزایش علائم فیزیکی و نیاز به بی‌حسی از علائم اعتیاد بیمار به داروهای مخدر هستند |
| | ۱۹ (۱۳) | ۷۱ (۴۸/۶) | ۴۶ (۳۱/۵) | ۱۰ (۶/۸) | ۰/۷۸ ± ۲/۶۸ | بیماران که مخدر "در صورت نیاز" دریافت می‌کنند بیشتر در خطر بروز رفتارهای مبتنی بر وابستگی هستند |
| | ۱۹ (۱۲/۹) | ۷۳ (۴۹/۷) | ۴۹ (۳۳/۳) | ۶ (۴/۱) | ۰/۷۴ ± ۲/۷۱ | بیماران دچار درد که داروی "در صورت نیاز" دریافت می‌کنند، باید درد را تا حد قابل توجه تجربه کرده و سپس درخواست داروی بیشتر داشته باشند؟ |
| | ۲۸ (۱۸/۹) | ۷۲ (۴۸/۶) | ۴۴ (۲۹/۷) | ۴ (۲/۷) | ۰/۷۵ ± ۲/۸۴ | تا زمانی که بیمار درد احساس نکرده است، نیازی به تجویز دوز بعدی بی‌حسی نیست. |
| | ۲۱ (۱۴/۳) | ۸۵ (۵۷/۸) | ۳۹ (۲۶/۵) | ۲ (۱/۴) | ۰/۶۶ ± ۲/۸۵ | بیماران دارای درد مزمن باید دارو را با فواصل مناسب، و بدون توجه به وجود یا عدم وجود ناراحتی دریافت کنند. |
| | ۹ (۶/۱) | ۸۱ (۵۵/۱) | ۴۳ (۲۹/۳) | ۱۴ (۹/۵) | ۰/۷۴ ± ۲/۵۸ | بیماران را می‌توان در وضعیت بدون درد نگه داشت. |
| | ۲۷ (۱۸/۵) | ۷۲ (۴۹/۳) | ۴۰ (۲۷/۴) | ۷ (۴/۸) | ۰/۷۸ ± ۲/۸۲ | بیمارانی که به صورت منظم مخدر دریافت می‌کنند، در خطر آرام بخشی و افت تنفسی هستند. |
| | ۲۶ (۱۷/۷) | ۹۱ (۶۱/۹) | ۲۴ (۱۶/۳) | ۶ (۴/۱) | ۰/۷۰۹ ± ۲/۹۳ | اگر بیمار (یا خانواده وی) کاهش درد و افوریا را گزارش کند، باید دوز کمتر مسکن را برای وی تجویز کرد. |
| | ۲۳ (۱۵/۵) | ۷۹ (۵۳/۴) | ۴۱ (۲۷/۷) | ۵ (۳/۴) | ۰/۷۳ ± ۲/۸۱ | بیمارانی که درد شدید مزمن دارند به دوز بالاتری مسکن نسبت به درد حد نیاز دارند. |
| | ۷۴ (۵۰) | ۶۸ (۴۵/۹) | ۶ (۴/۱) | ۰ (۰) | ۰/۵۷ ± ۳/۴۶ | اگر بیمار پس از دریافت مسکن هنوز دچار درد باشد، باید به پزشک اطلاع داد. |
| | درد | درد | درد ملائم | درد متوسط | درد شدید | وقتی بیمار به علت تروما داروی بی‌حسی "در صورت نیاز" قبل از بازگشت در زمان وجود در زمان درد دریافت می‌کند، کدام سطح ناراحتی نیازمند دریافت داروی مسکن بیشتر است؟ |
| | ۱۴ (۹/۴) | ۳۶ (۲۴/۲) | ۴۴ (۲۹/۵) | ۵۱ (۳۴/۲) | ۰/۹۹ ± ۲/۹۱ | |

در پرسشنامه خودگزارش دهی عملکرد ۶۰ نفر بیان کردند که از ابزار سنجش درد استفاده می‌کنند ولی فقط ۱۸ نفر از ۱۵۰ نفر توانستند ابزارهای سنجش درد شامل Numeric Pain Ratings Scale، Visual Analog Scale، و McGill Pain Questionnaire و مقیاس عددی با استفاده از تصاویر چهره و رفتار را نام ببرند و نشان دهنده عدم آگاهی و شناخت پرستاران از ابزارهای سنجش درد و در نتیجه آن عدم عملکرد مناسب در مدیریت درد بیمار می‌باشد. (جدول شماره ۵)

تعداد ۱۳۸ نفر از پرستاران مورد پژوهش (۹۲ درصد) نمره بالاتر از ۴ داشتند که حاکی از عملکرد مطلوب پرستاران در مدیریت درد می‌باشد و تعداد ۱۲ پرستار مورد پژوهش (۸ درصد) نمره کمتر از ۴ داشتند که حاکی از عملکرد نامطلوبشان بود. میانگین نمره عملکرد ۶/۰۲ با انحراف معیار ۲/۵۳ بود (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی و شاخص‌های عددی عملکرد پرستاران مورد پژوهش در ارتباط با مدیریت درد بیماران در بخش اورژانس

| عملکرد | فراوانی | درصد |
|----------------------------|---------|-----------------|
| مطلوب (نمرات کمتر از ۴) | ۱۳۸ | ۹۲ |
| نامطلوب (نمرات ۴ و بیشتر) | ۱۲ | ۸ |
| جمع کل | ۱۵۰ | ۱۰۰ |
| انحراف معیار \pm میانگین | | $6/02 \pm 2/53$ |
| بیشینه - کمینه | | ۰-۸ |

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی عملکرد پرستاران مورد پژوهش در ارتباط با مدیریت درد بیماران در بخش اورژانس

| عملکرد | خیر (۰) | تاحدودی (۱) | بله (۲) |
|--|-----------|-------------|------------|
| وجود و یا عدم وجود درد بیمار را بررسی و ثبت می‌کنم. | ۷ (۴/۸) | ۳۷ (۲۵/۲) | ۱۰۳ (۷۰/۱) |
| نوع درد را بررسی و ثبت می‌کنم | ۱۰ (۶/۸) | ۴۱ (۲۸/۱) | ۹۵ (۶۵/۱) |
| در صورت وجود درد روش‌های تسکین درد را بررسی و ثبت می‌کنم | ۴ (۲/۷) | ۴۳ (۲۹/۳) | ۱۰۰ (۶۸) |
| جهت بررسی مقدار و شدت درد از ابزار استاندارد استفاده می‌کنم. | ۴۰ (۲۷/۴) | ۴۶ (۳۱/۵) | ۶۰ (۴۱/۱) |

گردد که منجر به ارتقاء دانش و نگرش پرستاران شود. طبق نتایج مطالعه بیشترین توافق در مورد نگرش مثبت برای سؤال "اگر بیمار پس از دریافت مسکن هنوز دچار درد باشد، باید به پزشک اطلاع داد" با میانگین ۳/۴۶ و کمترین توافق در مورد نگرش منفی برای سؤال "بیمار و خانواده‌اش بررسی دقیق‌تری در ارتباط با درد دارند" با میانگین ۲/۴۸ بود. ۶۷/۹ درصد پرستاران این نگرش را داشتند که تا زمانی که بیمار

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران شاغل در بخش اورژانس نگرش متوسط در مورد مدیریت درد بیماران داشتند. جهت ارتقاء نگرش، پرستاران نیازمند آموزش قوی و مؤثرتری در مورد مدیریت درد بیماران می‌باشند. کلاس‌های آموزشی برگزار شده در ارتباط با مدیریت درد کافی نبوده و بهتر است به استمرار و با آموزش‌های دقیق و مؤثرتری برگزار

عملکرد از نمره میانه ابزار بالاتر بوده و نشان دهنده عملکرد خوب پرستاران بود. مطالعه Gunningberg در پرستاران یک بیمارستان دانشگاهی سوئد نشان داد که بیماران، به ویژه در بخش عمومی، کیفیت مدیریت درد را به میزان قابل توجهی کمتر ارزیابی کردند. در هر دو بخش، زمینه‌هایی برای بهبود در تمام مقیاس‌های ابزار SCQIPP (ارتباط، عمل، اعتماد و محیط زیست) وجود داشت. عواملی چون ارتباطات، عمل، اعتماد و محیط زیست بر روی درد بیمار تأثیرگذار بود^(۳۹) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد و در مطالعه حاضر تنها ۱/۴ درصد جهت بررسی مقدار و شدت درد از ابزار استاندارد استفاده می‌کنند.

مطالعه قربانی و همکاران در پرستاران شاغل در بخش‌های جراحی بیمارستان شهدا خلیج فارس بوشهر نشان داد ۸۹/۶ درصد پرستاران از عملکرد بالا و خیلی بالا در ارتباط با مدیریت درد بیماران برخوردار بودند^(۴۰). در مطالعه علوی و همکاران بر روی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهرکرد نشان داد، ۷۱/۳ درصد پرستاران عملکردی متوسط در اداره درد کودکان داشتند^(۴۱). این در صورتی است که در مطالعه Alzghoul و درباره آگاهی و عملکرد پرستاران از اداره غیردرویی درد، عملکرد کارکنان پرستاری ضعیف گزارش شده است^(۴۲).

تحلیل داده‌ها نشان داد که بیشتر پرستاران بر اساس پرسشنامه خوداظهاری وجود و یا وجود نداشتن درد بیمار را بررسی و ثبت می‌کنند. این در صورتی است که دانش کم و نگرش متوسط در زمینه مدیریت درد و شناخت ضعیفی در ارتباط با ابزارهای سنجش درد داشتند به طوری که تعداد کمی از پرستاران مورد پژوهش اظهار داشتند که جهت بررسی مقدار و شدت درد از ابزار استاندارد استفاده می‌کنند و نیز تنها تعداد ۱۸ نفر از ۱۵۰ نفر پرستاران مورد پژوهش توانستند ابزار ارزیابی درد را نام ببرند و ۱۳۲ نفر از آنان شناختی از ابزارهای اندازه‌گیری درد بیماران نداشتند. با وجود آن که پرستاران شرکت کننده در مطالعه اظهار داشتند عملکرد و آگاهی خوبی

درد احساس نکرده است، نیازی به تجویز دوز بعدی بی‌حسی نیست.

Rasmi در مطالعه خود در شهر پزشکی پادشاه سعودی King Saud Medical City (KSMC) با جامعه پژوهش ۲۰۴ پرستار شاغل در بخش‌های ویژه شهر پزشکی پادشاه سعودی به این نتیجه رسید که تغییر نگرش پرستاران شاغل در بیمارستان شهر پزشکی در عربستان سعودی نسبت به مدیریت درد بیماران، نیازمند مداخله و برنامه‌های آموزشی مؤثر می‌باشد^(۳۵). مطالعه سعادت‌تی نشان داد که پرستاران، نگرش کم نسبت به شناخت، بررسی و کنترل درد بیماران داشتند که با روش مداخله‌ای و آموزش در ارتباط با مدیریت درد ارتقاء یافته است^(۳۰). Latchman و همکاران در مطالعه خود بر روی دانشجویان پرستاری در ایالت همپشایر آمریکا به این نتیجه رسید که جهت افزایش آگاهی و نگرش پرستاران در ارتباط با مدیریت درد بیماران، نیاز مداوم به برنامه آموزشی وسیع وجود دارد^(۳۶). نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

بر خلاف مطالعه حاضر، مطالعه اسدی نقابی و همکاران در بخش‌های نوزادان مراکز آموزشی- درمانی شهر بندرعباس نشان داد که میانگین نمره نگرش پرستاران شاغل در بخش‌های نوزادان ۵۴/۳۲ از ۶۰ نمره بود و بیشتر پرستاران در مورد درد نگرش مثبت داشتند^(۳۷). مطالعه Enskär و همکاران نیز نشان داد که پرستاران سوئدی نه تنها از دانش بالایی در ارتباط با سنجش درد برخوردارند بلکه نگرش مثبتی نیز به درد دارند که می‌تواند منجر به تسکین درد گردد^(۳۸).

Uczal در مطالعه خود در پرستاران شاغل در بخش اورژانس نشان داد تنها ۳۵/۱ درصد پرستاران میزان درد را ثبت می‌کردند. علاوه بر تمام توصیه‌های تحقیقات قبلی، پرستاران اورژانس هنوز مهارت تصمیم‌گیری بالینی کافی نداشتند^(۱۲). این در حالی است که در مطالعه حاضر ۶۵/۱ درصد به صورت خودگزارش دهی بیان کردند که نوع درد را بررسی و ثبت می‌کنند. مطالعه نشان داد که میانگین نمره

به پر کردن پرسشنامه‌ها در همان لحظه نبودند که برای رفع این مشکل پرسشنامه‌ها ابتدای نوبت کاری داده شده و انتهای نوبت کاری جمع آوری می‌شدند. با توجه به یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر، آموزش مدیریت درد می‌تواند در افزایش نگرش و بهبود عملکرد پرستاران مؤثر باشد. بنابراین آموزش دوره‌ای، فراهم کردن امکانات ارزیابی و سنجش درد و ایجاد خط مشی و روش‌هایی جهت ارزیابی سنجش درد مؤثر می‌باشد و برنامه‌هایی برای آموزش به کارکنان و برگزاری کلاس‌های بازآموزی پیشنهاد می‌شود. همچنین جهت استفاده از ابزارهای سنجش درد در کنترل درد بیمار و بهبود عملکرد پرستاران در ارتباط با تسکین و مدیریت درد، لازم است برگزاری کلاس‌های آموزشی مستمر مورد توجه مسئولین قرار گیرد. در نهایت بررسی مدیریت درد توسط پرستاران بخش اورژانس از دیدگاه بیمار و تأثیر آموزش‌های مدیریت درد بر دانش پرستاران بخش اورژانس پیشنهاد می‌گردد.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری اورژانس دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران که حمایت مالی طرح را بر عهده داشتند، مسئولین دانشکده‌های پرستاری و مامایی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و پرستاران شرکت کننده در این مطالعه و تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر نمایند.

نسبت به اهمیت ثبت و کنترل درد دارند به نظر می‌رسد که الزامی بودن تکمیل فرم ارزیابی اولیه موجب تکرار و تمرین نحوه تکمیل فرم توسط پرستاران شده، به طوری که فرم‌ها نشان از عملکرد بالای پرستاران بود، در صورتی که آگاهی و شناخت کافی از ابزارهای درد و نحوه استفاده از ابزارها را نداشتند.

مطالعه فراهانی و همکاران در پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس، ارتوپدی و جراحی دو بیمارستان (عج) گروه شاهد و امام خمینی (ره) نشان داد که پرستاران با مشکلات متعددی در استفاده از ابزارهای درد مواجه بودند که مطابق با مطالعه حاضر می‌باشد^(۴۳). دو روش رایج در اندازه‌گیری درد شفاهی و غیر شفاهی، گزارش از خود و مشاهده مستقیم هستند. در مطالعه حاضر، پرستاران معمولاً برای بررسی شدت درد، رفتار بیمار را مشاهده و اکثریت پرستاران از بیمار در مورد درد سؤال می‌کنند. مقیاس اندازه‌گیری درد، موقعیتی اساسی در عملکرد بالینی دارد. مقیاس‌های درد باید برای تبدیل کردن بیان درونی از درد به یک وضعیت واقعی برای درک میزان درد بیمار و تشخیص واکنش بیماران به درمان استفاده شوند. در این پژوهش، مشخص شد که مقیاس سنجش درد در بین پرستاران مورد مطالعه رواج نداشت. در مطالعه فراهانی و همکاران تنها ۳۵/۵ درصد ثبت میزان درد گزارش شده بود. نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد با وجود آن که پرستاران شرکت کننده در مطالعه به صورت خودگزارش دهی بیان داشتند عملکرد و آگاهی خوبی نسبت به اهمیت ثبت و کنترل درد دارند ولی آگاهی و شناخت کافی از ابزارهای درد و نحوه استفاده از ابزارها نداشتند و مطابق با نتایج مطالعات فراهانی و همکاران^(۴۳)، پرستاران با مشکلات متعددی در استفاده از ابزارهای درد مواجه بودند.

یکی از محدودیت‌های مطالعه این بود که به دلیل شلوغی و حجم کار بالای پرستاران در بخش اورژانس، پرستاران قادر

References

1. Smith B, Ceusters W, Goldberg LJ, Ohrbach R. Towards an ontology of pain. 2011.
2. Erstad BL, Puntillo K, Gilbert HC, Grap MJ, Li D, Medina J, Mularski RA, Pasero C, Varkey B, Sessler CN. Pain management principles in the critically ill. *Chest*. 2009;135(4):1075-86.
3. Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emergency Med*. 2008;51(1):1-5.
4. Khan TH. Job satisfaction in Pakistani anesthesiologists. *Anaesth Pain & Intensive Care*. 2011;15(2):93-101.
5. Najafi Ghezeljeh T, Hosseini AF. Attitudinal barriers to effective cancer pain management. *Journal of hayat*. 2012;18(1):89-101. [Persian]
6. Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trinca J. Acute pain management: scientific evidence, 2015. *Med J Aust*. 2016;204(8):315-7.
7. Melotti RM, Dekel BG, Carosi F, Ricchi E, Chiari P, D'Andrea R, Di Nino G. Categories of congruence between inpatient self-reported pain and nurses evaluation. *Eur J Pain*. 2009;13(9):992-1000.
8. Chang AK, Bijur PE, Napolitano A, Lupow J, Gallagher EJ. Two milligrams iv hydromorphone is efficacious for treating pain but is associated with oxygen desaturation. *Journal of Opioid Management*. 2009;5(2):75-80.
9. Al-Shaer D, Hill PD, Anderson MA. Nurses' knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention. *Medsurg Nursing*. 2011;20(1):7.
10. Palmer O, McIver P. Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organization accreditation for the office-based oral and maxillofacial surgeon. *Dental Clinics of North America*. 2008;52(3):641-51.
11. Ramachandran SK, Haider N, Saran KA, Mathis M, Kim J, Morris M, O'Reilly M. Life-threatening critical respiratory events: a retrospective study of postoperative patients found unresponsive during analgesic therapy. *J Clinl Anesth*. 2011;23(3):207-13.
12. Ucuzal M, Doğan R. Emergency nurses' knowledge, attitude and clinical decision making skills about pain. *Int Emergency Nurs*. 2015;23(2):75-80.
13. Bennetts S, Campbell-Brophy E, Huckson S, Doherty S, National Health and Medical Research Council's National Institute for Clinical Studies National Emergency Care Pain Management Initiative. Pain management in Australian emergency departments: current practice, enablers, barriers and future directions. *Emergency Medicine Australasia*. 2012;24(2):136-43..
14. 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. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1996;11(1):18-31.
15. Varvani FP, Elhani F, Mohammadi I. Assessing the effects of establishing a nursing commission of pain management on empowering nurses within pain assessment process. International Pain Conference Tehran: Imam Khomeini Hospital ; 2009. [Persian]
16. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, Townsend MC, Gould B. Brunner and Suddarth's textbook of medicalsurgical nursing 10th ed. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins; 2008.
17. Nejat N, Kouhestani HR, Rezaei K. Effect of concept mapping on approach to learning among nursing students. *Journal of hayat*. 2011;17(2):22-31. [Persian]
18. Gélinas C, Arbour C, Michaud C, Vaillant F, Desjardins S. Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(12):1495-504.
19. Simon LS. Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education, and research. *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy*. 2012;26(2):197-8.
20. World Health Organization. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020.
21. Wang HL, Tsai YF. Nurses' knowledge and barriers regarding pain management in intensive care units. *J clin nurs*. 2010;19(21-22):3188-96.
22. Herr K. Pain assessment strategies in older patients. *The journal of pain*. 2011;12(3):S3-13.
23. Ramezani-Badr F, Nasrabadi AN, Yekta ZP, Taleghani F. Strategies and criteria for clinical decision making in critical care nurses: A qualitative study. *Journal of Nursing Scholarship*. 2009;41(4):351-8. [Persian]

24. Jarzyna D, Jungquist CR, Pasero C, Willens JS, Nisbet A, Oakes L, Dempsey SJ, Santangelo D, Polomano RC. American Society for Pain Management Nursing guidelines on monitoring for opioid-induced sedation and respiratory depression. *Pain Management Nursing*. 2011;12(3):118-45.
25. Sakpal T. Sample size estimation in clinical trial. *Perspectives in clinical research*. 2010;1(2):67-9.
26. Paice JA, Ferrell B. The management of cancer pain. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2011;61(3):157-82.
27. Basak S. Knowledge and attitudes of nurses and their practices regarding post-operative pain management in Bangladesh (Doctoral dissertation, Prince of Songkla University). The 2nd International Conference on Humanities and Social Sciences 2014; Faculty of Liberal Arts, Prince of Songkla University Palliative Care.
28. 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].
29. Modanloo M, Sayed Fatemi N, Bastani F, Peyrovi HA, Behnampour N, Hesam M. Comparison of pain assessment by patients and triage nurses. *Iranian J Crit Care Nurs*. 2010;4(1):23-8. [Persian]
30. Saadati A, Mirshahi F, Hosseini Shahidi L. The effect of training on nurses' skills improvement in the field of knowledge, control and control of pain. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2006;4(1):28-43. [Persian]
31. Ferrell BR, McGuire DB, Donovan MI. Knowledge and beliefs regarding pain in a sample of nursing faculty. *J Prof Nurs*. 1993;9(2):79-88.
32. McMillan SC, Tittle M, Hagan S, Laughlin J, Tabler RE. Knowledge and attitudes of nurses in veterans hospitals about pain management in patients with cancer. *InOncology nursing forum* 2000;27(9):1415-23.
33. Aflatoonian MR, Rafati F. The survey of nurses, knowledge and attitude towards pain management in Jiroft University of medical sciences. *Anesthesiology and Pain*. 2017;8(2):14-21. [Persian]
34. Noghabi A, Soudagar S, Nazari O. Knowledge, attitude and performance of nurses regarding pain assessment and measurement, Bandar Abbas, Iran. *Hormozgan Medical Journal*. 2012;16(5):403-13. [Persian]
35. Issa MR, Awajeh AM, Khraisat FS. Knowledge and attitude about pain and pain management among critical care nurses in a tertiary hospital. *J Intensive Crit Care*. 2017;3(1).
36. Latchman J. Improving pain management at the nursing education level: evaluating knowledge and attitudes. *J Adv Pract Oncol*. 2014;5(1):10-6.
37. Noghabi A, Soudagar S, Nazari O. Knowledge, attitude and performance of nurses regarding pain assessment and measurement, Bandar Abbas, Iran. *Hormozgan Medical Journal*. 2012;16(5):403-13. [Persian]
38. Enskär K, Ljusegren G, Berglund G, Eaton N, Harding R, Mokoena J, Chauke M, Moleki M. 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(5):501-15.
39. Gunningberg L, Idvall E. The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. *J Nurs Manag*. 2007;15(7):756-66.
40. 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]
41. 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 12006. *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences*. 2008;10:1-11. [Persian]
42. Alzghoul BI, Abdullah NA. Pain management practices by nurses: an application of the knowledge, attitude and practices (KAP) model. *Global Journal of Health Science*. 2016;8(6):154.
43. Varvani Farahani P, Alhani F. Studying the effect of establishing nursing pain commission on using pain scale tools on pediatrics. InInternational Pain Conference. Tehran: Imam Khomeini Hospital 2007.