

آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در خصوص بررسی و سنجش درد نوزاد در بخش‌های نوزادان مراکز آموزشی - درمانی شهر بندرعباس

فریبا اسدی نوقابی^۱ سیمین سوداگر^۲ ام‌سلمه نظری^۳

^۱ کارشناس ارشد گروه مدیریت پرستاری، ^۲ کارشناس ارشد گروه آموزش پرستاری، ^۳ کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس

مجله پزشکی هرمزگان سال شانزدهم شماره پنجم آذر و دی ۹۱ صفحات ۴۱۳-۴۰۳

چکیده

مقدمه: از آنجایی که نوزادان نمی‌توانند درد خود را ابراز کنند، برای ارزیابی کمی درد آنان باید از ابزارهای معتبر و استاندارد متناسب با سنشان استفاده نمود. پژوهش حاضر با هدف تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در خصوص بررسی و سنجش درد نوزاد در بخش‌های نوزادان مراکز آموزشی - درمانی شهر بندرعباس انجام گردید.

روش کار: این مطالعه توصیفی - تحلیلی در بخش‌های نوزادان و NICU بیمارستانهای آموزشی شهر بندرعباس در نیمه اول سال ۱۳۹۰ انجام شد. تمام ۵۰ نفر پرستاران و بهیاران شاغل در بخش‌های نوزادان وارد مطالعه شدند که در پایان ۴۰ نفر پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته شامل مشخصات دموگرافیک، چکالیست نحوه عملکرد و سؤالات آگاهی و نگرش بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از روشهای توصیفی و آزمونهای کای اسکوئر، t و آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: میانگین نمره آگاهی شرکت کنندگان در مطالعه ۱۰/۲۷ از مجموع ۲۶ نمره، میانگین نمره نگرش ۵۴/۲۲ از ۶۰ نمره و میانگین نمرات سطح عملکرد بررسی درد نوزادان ۴/۲۲ از ۱۰ بود. پرستاران عملکرد ضعیفی در خصوص بررسی درد و اندازه‌گیری آن داشتند و ۱۰۰ درصد از هیچ ابزاری جهت اندازه‌گیری درد نوزاد استفاده نمی‌کردند. بین نمره آگاهی پرستاران و میزان تحصیلات ارتباط معنی‌داری وجود داشت و افراد با تحصیلات بیشتر از آگاهی بیشتری برخوردار بودند. هیچگونه تفاوت معنی‌داری بین نمرات آگاهی پرستاران و وضعیت تأهل و سابقه کاری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان می‌دهد کادر پرستاری از سطح آگاهی پایین در ارتباط با بررسی و سنجش درد نوزاد برخوردار بوده و نیازمند آموزش‌های نورهی و ضمن خدمت در خصوص نحوه اندازه‌گیری درد نوزادان می‌باشند.

کلیدواژه‌ها: آگاهی - درد - نوزاد

نویسنده مسئول:

سیمین سوداگر

دانشکده پرستاری و مامایی و

پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی

هرمزگان

بندرعباس - ایران

تلفن: ۰۹۸۷۶۱۱۱۱۱۱۱۱۱

پست الکترونیکی:

ssoudagar@hums.ac.ir

دریافت مقاله: ۹۰/۵/۹ اصلاح نهایی: ۹۰/۷/۹ پذیرش مقاله: ۹۰/۸/۱۰

مقدمه:

پزشکی شامل: بدست آوردن شدت، کیفیت و طول مدت درد، کمک به تشخیص، کمک به انتخاب بهترین درمان و بررسی سایر عوامل مؤثر روی درد (چه مثبت و چه منفی) می‌باشد (۳). نوزادان بستری در بیمارستان و هم‌انتهایی که به طور سرپایی ویزیت می‌شوند، تحت رویه‌های دردناکی شامل واکسیناسیون، خونگیری، تزریقات عضلانی، ساکشن ترشحات، زدن کاتتر داخل وریدی، آسپیراسیون مغز استخوان و... قرار می‌گیرند (۴).

بر اساس تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد، درد یک تجربه حسی و عاطفی ناخوشایند همراه با یک آسیب بافتی فعال یا بالقوه می‌باشد (۱). ناتوانی در ارائه تعریفی واضح برای درد علت بنیادی مشکل بودن اندازه‌گیری آن می‌باشد (۲). بررسی درد به عنوان شایع‌ترین و مهم‌ترین نشانه بالینی از زمانهای قدیم ذهن محققان را به خود مشغول کرده است. ارزیابی درد در سه بعد پزشکی، اجتماعی و اقتصادی دارای اهمیت می‌باشد. بعد

درد نخواهند بود. برای ارزیابی کمی درد باید از ابزارهای معتبر و استاندارد متناسب با سن، سطح تکاملی و توانایی کودک در برقراری ارتباط استفاده نمود (۱۵).

نوزادان در پاسخ به درد واکنش‌های رفتاری و فیزیولوژیک نشان می‌دهند که بر این اساس ابزارهای مناسب برای بررسی میزان درد آنان طراحی شده است. ابزارهای $^{1}PIPP$ ، $^{2}NFCS$ ، $^{3}NIPS$ ، $^{4}CRIES$ ، ^{5}MAX ، $^{6}LIDS$ ، ابزارهای مناسب جهت بررسی و اندازه‌گیری درد نوزاد می‌باشند. بیشتر این ابزارها ترکیبی از واکنش‌های رفتاری و فیزیولوژیک بدن نوزاد را در نظر می‌گیرند. مطالعات بسیاری کمبود آگاهی افراد گروه بهداشتی از تشریح و فیزیولوژی درد، ابزار بررسی درد کودک، تفاوت درد حاد و مزمن، مداخلات دارویی و غیردارویی را مستند کرده‌اند (۱۶).

در یک مطالعه مشاهده‌ای بزرگ، شواهد کمی برای استفاده از نشانه‌های فیزیولوژیک غیرطبیعی (مثل تاکی کاردی، تاکی پنه و پرفشاری خون) برای غربالگری درد شدید یافت شد. در صورتی که وجود علائم فیزیولوژیک غیرطبیعی ممکن است حاکی از وجود درد شدید باشد (۱۷). یکی از دلایل سنجش ناکافی درد عدم وجود ابزارهای سنجش درد ویژه کودکان در بخش‌های اطفال، عدم وجود خط مشی‌ها و دستورالعمل‌های ویژه و کافی نبودن دانش و نگرش پرستاران در مورد بکارگیری ابزارهای سنجش درد در سطح وسیع می‌باشد (۲۰-۱۸). علاوه بر آگاهی و مهارت پرستاران در بکار بردن ابزارهای سنجش درد، نوع نگرش پرستاران نسبت به درد نیز بر ارزیابی و کنترل درد مؤثر است (۲۱). اعمال و رفتار پرستاران در قبال مسایل مختلف از جمله توجه به درد بیماران، متأثر از عوامل مختلف از قبیل اعتقادات، ارزش‌ها، آداب و رسوم، وضعیت اقتصادی و به طور کلی فرهنگ جامعه بوده و این عوامل ایجاد نگرش‌های مختلف در جهت موافق یا مخالف با یک موضوع را می‌نماید و از آنجا که عوامل مختلف نیز در تثبیت یا تغییر این نگرش‌ها مؤثرند. لذا با آگاهی از نگرش پرستاران نسبت به درد بیماران می‌توان در صورت لزوم عوامل مؤثر در تغییر یا تثبیت نگرش دلخواه را فراهم ساخت. اما از آنجایی که نگرش از اصول اولیه در ساختار شخصیت است، تغییر آن بسیار مشکل است و بهتر

نتایج تحقیقات فراوانی نشانگر آن است که نوزادان و شیرخواران درد را بیشتر از کودکان و بزرگسالان درک می‌کنند (۵). کنترل درد نوزادان از اهمیت بسیاری برخوردار است چرا که منطقه حسی مغز نوزادان و شیرخواران، فعال‌ترین منطقه مغز بوده و مسیر انتقال درد به طور کامل تکامل یافته است در حالی که سیستم‌های مهارکننده آن رشد مناسبی نداشته‌اند (۶). در زمان بروز درد هورمون‌های استرس مثل کورتیزول و کاتکول آمین‌ها باعث تحریک بافتی، احتیاس مایعات، کاهش حرکات روده، ضعف ایمنی، بروز پاسخ‌های قلبی و عروقی چون تاکی کاردی، افزایش فشارخون، ایسکمی و آریتمی‌های بطنی می‌شود (۷). اثرات عدم کنترل درد نوزادان در طولانی مدت شامل اضطراب، ترس از کادر درمان و حساسیت بیشتر نسبت به درد می‌باشد (۸). از طرفی عدم ارزیابی صحیح درد ممکن است سبب سوگیری در تخمین پزشک از درد بیمار و در نهایت خدشه‌دار شدن روند درمان شود (۹).

امروزه جامعه درد آمریکا بررسی درد را به عنوان پنجمین علایم حیاتی می‌داند (۱۰). بررسی درد یکی از مراحل اصلی در فرآیند پرستاری می‌باشد. لذا سنجش درد باید به عنوان یکی از علایم حیاتی بررسی کودک مد نظر قرار گیرد زیرا فهمیدن میزان درد شیوه مناسبی جهت سرعت عمل در انجام مداخلات لازم است (۱۱). پس از بستری شدن کودک مسؤلیت اولیه بررسی و درمان درد بر عهده پرستار است (۱۲). درمان مناسب تنها در صورتی امکان پذیر است که پرستار بتواند درد بیمار را به درستی تخمین بزند اما به دلیل ذهنی بودن مفهوم درد ارزیابی آن برای پرستار مشکل می‌باشد و این اختلاف، زیان بارترین مسئله‌ای است که مانع از کمک به بیمار برای تسکین آن می‌شود (۱۳، ۱۴). اداره درد منوط به آگاهی و نگرش و عملکرد کادر درمانی است که در این میان پرستاران نقش عمده‌ای را ایفا می‌کنند. بزرگسالان احساس درد خود را با علایم و نشانه‌های مربوط به آن بیان می‌کنند و به این وسیله عکس‌العمل نشان می‌دهند و در صدد یافتن علت، درمان و تسکین آن بر می‌آیند. اما در مورد کودکان بخصوص نوزادان این مسئله متفاوت است. نوزادان قادر به برقراری ارتباط با ما نیستند و نمی‌توانند درد خود را ابراز کنند. آنان ممکن است علیرغم درد شدید به خواب بروند. نوزادان اینتوبه شده حتی قادر به ناله کردن در پاسخ به

خواهد بود که با کوشش در تغییر رفتار، بر نگرش تأثیر گذاشته شود (۲۲).

با توجه به اینکه عدم بررسی صحیح درد و در نتیجه تسکین ناکافی درد می‌تواند اثرات بدی روی رشد جسمی و تکاملی نوزاد داشته باشد، پژوهش حاضر با هدف تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در خصوص بررسی و سنجش درد نوزاد در بخشهای نوزادان مراکز آموزشی - درمانی شهر بندرعباس طراحی شد.

روش کار:

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی بوده و در بخش‌های نوزادان و NICU بیمارستانهای آموزشی شهر بندرعباس در نیمه اول سال ۱۳۹۰ انجام شد. طبق بررسی اولیه‌ای که به عمل آمد، تعداد پرستاران و بهیاران مشغول در بخش‌های نوزادان (بخش‌های نوزادان و NICU بیمارستان کودکان و بخش نوزادان بیمارستان شریعتی) ۵۰ نفر بودند که از طریق نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند. در پایان ۴۰ نفر پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. شرایط ورود به مطالعه تمامی کادر پرستاری شامل دیپلم بهیاری، فوق دیپلم، لیسانس و فوق لیسانس پرستاری شاغل در بخش‌های نوزادان بیمارستانهای آموزشی شهر بندرعباس بود.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه شامل چهار قسمت: مشخصات دموگرافیک (۶ سؤال)، چکلیست نحوه عملکرد (۵ گزینه)، سؤالات آگاهی (۲۶ سؤال در سه حیطه) به صورت صحیح و غلط با حداقل امتیاز صفر تا حد اکثر ۲۶ و سؤالات نگرش (۲۰ سؤال) با مقیاس لیکرت ۳ تایی با حداقل امتیاز ۲۰ و حداکثر امتیاز ۶۰ بود. در ابتدا چکلیست نحوه عملکرد توسط فردی معتمد از کادر پرستاری تکمیل گردید. به این ترتیب آگاهی و نگرش نمونه‌ها بر روی عملکرد تأثیری نداشت. سپس

پرسشنامه مربوط به نگرش و آگاهی در سه حیطه فیزیولوژی درد نوزاد (۷ سؤال)، اثرات و عوارض درد در نوزاد (۱۰ سؤال) و ابزارهای اندازه‌گیری درد نوزاد (۹ سؤال) در اختیار پرسنل که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند، قرار گرفت. اعتبار علمی پرسشنامه و چکلیست از روش اعتبار محتوی تعیین گردید. پژوهشگر با مطالعه کتابها و مقالات مختلف و پرسشنامه (PNKAS) مربوط به آگاهی و نگرش پرستاران در مورد بررسی، سنجش و اداره درد کودکان پرسشنامه‌ای تهیه نموده و سپس جهت کارشناسی در اختیار چند تن از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی قرار گرفت. پس از دریافت نقطه نظرات و پیشنهادات، اصلاحات لازم صورت گرفت. پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه آلفا کرونباخ ($\alpha=0.93$) مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری با نرم‌افزار SPSS 16 و با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی (جداول فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون χ^2 و آزمون t -test، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون) تجزیه و تحلیل شد.

نتایج:

یافته‌ها نشان می‌دهند پرسنل پرستاری در دامنه سنی ۵۱-۲۴ سال با میانگین ۳۲ سال قرار داشتند. ۸۲/۵ درصد آنها دارای سن کمتر از ۳۵ سال بودند. همگی مونث و ۷۵٪ سابقه کار کمتر از ۱۰ سال داشتند. ۷۵ درصد نمونه‌ها دارای سطح تحصیلات لیسانس و ۳۲/۵ درصد آنان استخدام رسمی بودند. ۹۰ درصد نمونه‌ها متأهل و ۷۲/۵ درصد آنها دارای فرزند بودند.

یافته‌های پژوهش در مورد نمرات مربوط به دانش و آگاهی پرستاران نشان داد که حداقل نمره ۴ و حد اکثر ۱۶ و میانگین آن ۱۰/۲۷ (۳۹/۸ درصد) از مجموع ۲۶ نمره بوده است.

جدول شماره ۱- بیشترین فراوانی و درصد پاسخ‌های صحیح به سؤالات پرسشنامه آگاهی در سه حیطه فیزیولوژی درد با اثرات و عوارض

درد و ابزارهای اندازه‌گیری درد نوزاد (n=40)

حیطه‌های مورد بررسی	سؤالات صحیح و غلط به ترتیب بیشترین فراوانی پاسخ صحیح	تعداد (درصد)
حیطه‌های مورد بررسی فیزیولوژی درد نوزاد	۳- از آنجایی که منطقه حسی در مغز نوزادان کمترین فعالیت را دارد، کنترل درد آنان اهمیت زیادی ندارد (غ)	۳۲ (۸۰)
	۶- نوزادان ممکن است علیرغم درد شدید به خواب بروند (ص)	۲۷ (۶۷/۵)
	۷- نوزادان اینتوبه شده به علت کاهش سطح هوشیاری قادر به احساس درد نیستند (غ)	۲۷ (۶۷/۵)
	۵- عدم وجود پاسخ‌های رفتاری مثل گریه نشان‌دهنده این است که کودک درد ندارد (غ)	۲۵ (۶۲/۵)
	۱۱- درد باعث افزایش سرعت متابولیک و مصرف اکسیژن می‌شود. (ص)	۳۵ (۸۷/۵)
اثرات و عوارض درد	۱۰- درد می‌تواند باعث تأخیر تکامل نوزاد شود. (ص)	۳۳ (۸۲/۵)
	۱۲- درد باعث افزایش ویسکوزیته خون و افزایش خطر ترومبو آمبولی می‌شود. (ص)	۲۸ (۷۰)
	۷- درد باعث کاهش فشارخون نوزاد می‌شود. (غ)	۲۲ (۵۵)
	۸- درد باعث کاهش تنفس نوزاد می‌شود. (غ)	۲۱ (۵۲/۵)
	۶- درد باعث افت ضربان قلب و کاهش کار قلب نوزاد می‌شود. (غ)	۲۰ (۵۰)
ابزارهای اندازه‌گیری درد نوزاد	۱۷- هنگام بررسی درد نوزاد باید به واکنش‌های عمومی بدن و رفلکس پس کشیدن و گریه اطمینان کرد. (ص)	۳۴ (۸۵)

غ = غلط

ص = صحیح

جدول شماره ۲- کمترین فراوانی و درصد پاسخ‌های صحیح به سؤالات پرسشنامه آگاهی در سه حیطه فیزیولوژی درد، اثرات و عوارض آن و

ابزارهای اندازه‌گیری درد نوزاد (n=40)

حیطه‌های مورد بررسی	سؤالات صحیح و غلط به ترتیب کمترین فراوانی پاسخ صحیح	تعداد (درصد)
حیطه‌های مورد بررسی فیزیولوژی درد نوزاد	۲- راههای آوران درک و احساس درد در سیستم عصبی محیطی، پس از تولد تکامل می‌یابد. (غ)	۱۴ (۳۵)
	۴- میلینیزه شدن اعصاب بعد از تولد نوزاد صورت می‌گیرد. (غ)	۱۵ (۳۷/۵)
	۱- به دلیل عدم تکامل کامل سیستم عصبی، کودکان زیر ۲ سال حافظه محدودی نسبت به تجربیات دردناک دارند. (غ)	۶ (۱۵)
اثرات و عوارض درد	۵- درد باعث کاهش هورمون رشد، گلوکاگون، رنین و آلدسترون می‌شود. (غ)	۶ (۱۵)
	۱۵- اجرای رویه دردناک بدون استفاده از ضد درد باعث افزایش اثر ضددرد رویه‌های دردناک بعدی می‌شود. (غ)	۹ (۲۲/۵)
	۱۳- درد باعث کاهش سطح کورتیزول و کاتکول آمین‌ها می‌شود. (غ)	۱۶ (۴۰)
	۹- تغییرات ایندکس‌های تون و آگال بهترین و قطعی‌ترین دلایل وجود درد نوزاد می‌باشد. (ص)	۱۹ (۴۷/۵)
ابزارهای اندازه‌گیری درد نوزاد	۲۱- FACES وانگ بکر ابزاری مناسب برای بررسی درد نوزاد و شیرخوار می‌باشد. (غ)	۰ (۰)
	۲۲- ابزار NIPS ابزاری مناسبی جهت بررسی درد نوزاد و شیرخوار می‌باشد. (ص)	۰ (۰)
	۲۳- LIDS ابزاری مناسب جهت اندازه‌گیری درد نوزاد پس از عمل جراحی می‌باشد. (ص)	۰ (۰)
	۲۴- کاربردی‌ترین ابزار جهت اندازه‌گیری درد نوزادان در بالین FLACC می‌باشد. (ص)	۰ (۰)
	۲۵- TPPPS در نوزادان کاربرد ندارد. (ص)	۰ (۰)
	۳۶- از PIPP می‌توان برای بررسی درد نوزادان پره ماچور استفاده کرد. (ص)	۰ (۰)
	۱۹- ابزار NFCS، فشارخون، ضربان قلب و اشباع اکسیژن خون شریانی نوزاد را بررسی می‌کند.	۳ (۷/۵)
۲۰- گریه نوزاد مقیاس مناسبی برای قضاوت در ارتباط با درد نوزاد نیست. (غ)	۱۹ (۴۷/۵)	

غ = غلط

ص = صحیح

جدول شماره ۳- چگونگی پاسخ پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه به سؤالات مربوط به نگرش آنان در خصوص بررسی و سنجش درد نوزادان

ردیف	سؤالات مربوط به نگرش پرستاران در ارتباط با بررسی و سنجش درد نوزادان	موافقم		مخالقم		نظری ندارم	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	نوزادان و کودکان همانند بزرگسالان قادر به درک درد هستند.	۲۸	۹۵	۲	۵	۰	۰
۲	والدین نباید در حین انجام رویه‌های دردناک حضور داشته باشند.	۹	۲۲/۵	۲۹	۷۲/۵	۲	۵
۳	اداره و تسکین درد کودک از اولویتهای درمان است.	۳۲	۸۰	۲	۵	۶	۱۵
۴	بررسی و کنترل درد نوزاد، جزء حقوق اوست.	۳۶	۹۰	۱	۲/۵	۳	۷/۵
۵	پرستار مسئول سنجش و ارزیابی درد است.	۳۷	۹۲/۵	۰	۰	۳	۷/۵
۶	درمان کامل درد یک امر اخلاقی است.	۲۱	۵۲/۵	۱۵	۳۷/۵	۴	۱۰
۷	پرستار می‌تواند برای ارزیابی بهتر درد نوزاد با والدین او گفتگو نماید.	۲۷	۶۷/۵	۴	۱۰	۹	۲۲/۵
۸	سنجش و کنترل درد نوزاد منجر به رضایت کودک و همراهان وی می‌شود.	۳۵	۸۷/۵	۲	۵	۳	۷/۵
۹	عدم بررسی و کنترل درد کودک در دراز مدت بر جسم و روان وی اثر می‌گذارد.	۳۴	۸۵	۴	۱۰	۳	۷/۵
۱۰	وضعیت جسمی و روحی و حساسیتی پرستار بر روند تسکین درد نوزاد تأثیر می‌گذارد.	۳۹	۹۷/۵	۱	۲/۵	۰	۰
۱۱	میزان درد نوزاد باید مانند سایر علائم حیاتی در برکه مخصوص ثبت شود.	۳۶	۹۰	۳	۷/۵	۱	۲/۵
۱۲	یکی از مهمترین وظایف پرستاران اطمینان از راحتی بیمار و رهایی وی از درد است.	۳۲	۸۰	۴	۱۰	۴	۱۰
۱۳	برقراری ارتباط و آموزش به والدین کودک بیمار نقش مؤثری در تسکین درد ایفا می‌نماید.	۳۸	۹۵	۱	۲/۵	۱	۲/۵
۱۴	ابزارهای موجود برای سنجش درد بهترین روش برای تعیین شدت درد نوزاد می‌باشد.	۳۸	۹۵	۱	۲/۵	۱	۲/۵
۱۵	زمانی که کارهای ضروری برای بیمار انجام شده است، تداوم درد برای نوزاد مشکلی ایجاد نمی‌کند.	۳۳	۸۲/۵	۹	۲۲/۵	۸	۲۰
۱۶	تعیین شدت درد نوزاد با استفاده از ابزارهای سنجش درد منجر به تعیین روش مناسب تسکین درد خواهد شد.	۳۰	۷۵	۵	۱۲/۵	۵	۱۲/۵
۱۷	سنجش و کنترل درد نوزاد می‌تواند روی روند بهبودی تأثیر گذارد و باعث کاهش مدت بستری گردد.	۲۸	۷۰	۲	۵	۱۰	۲۵
۱۸	بررسی و اندازه‌گیری درد نوزاد باید به عنوان یکی از علائم حیاتی در بررسی کودک مدنظر باشد.	۳۹	۹۷/۵	۱	۲/۵	۰	۰
۱۹	تحریک یکسان در افراد مختلف درجه مشابهی از درد را در آنها ایجاد می‌نماید.	۳۸	۹۵	۰	۰	۲	۵
۲۰	سنجش و کنترل درد کودک منجر به ارتقاء کیفیت زندگی کودک می‌شود.	۳۹	۹۷/۵	۰	۰	۱	۲/۵

سوال ۸ (۱۵ درصد) و در حیطه ابزارهای اندازه‌گیری درد مربوط به سوالات ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵ و ۲۶ (صفر درصد) می‌باشد. و آزمون t نشان داد که هیچگونه تفاوت معنی‌داری بین نمرات آگاهی پرستاران و وضعیت تأهل و سابقه کاری وجود ندارد. بین نمرات پرستاران شاغل در بخش‌های NICU و نوزادان تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. بین نمره آگاهی پرستاران و میزان تحصیلات ارتباط معنی‌داری وجود داشت و افراد با تحصیلات بیشتر از آگاهی بیشتری برخوردار بودند ($F=21/0$).

در خصوص نگرش پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه در مورد بررسی و اندازه‌گیری درد نوزادان یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمره نگرش پرسنل پرستاری ۵۴/۲۲ از ۶۰ نمره و دامنه نمرات ۴۶ تا ۵۹ می‌باشد. اکثر پرستاران (۹۰ درصد ۳۶ نفر) در

بیشترین فراوانی پاسخ‌های صحیح به ترتیب مربوط به حیطه اثرات و عوارض درد (۵۲/۲۵ درصد) و حیطه فیزیولوژی درد (۵۲/۱۴ درصد) و کمترین پاسخ صحیح مربوط به حیطه ابزارهای اندازه‌گیری درد (۲۶/۹۲ درصد) می‌باشد. جدول شماره ۱ فراوانی بیشترین پاسخ‌های صحیح و جدول شماره ۲ فراوانی کمترین پاسخ صحیح در سه حیطه از پرسشنامه آگاهی و دانش پرستار را نشان می‌دهد. جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که بیشترین پاسخ صحیح در حیطه فیزیولوژی درد مربوط به سوال ۳ (۸۰ درصد)، در حیطه اثرات و عوارض درد مربوط به سوال ۱۱ (۸۷/۵ درصد) و در حیطه ابزارهای اندازه‌گیری درد مربوط به سوال ۱۷ (۸۵ درصد) می‌باشد. جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که کمترین فراوانی در حیطه فیزیولوژی درد مربوط به سوال ۲ (۱۵ درصد)، در حیطه اثرات و عوارض درد مربوط به

مورد درد نوزاد نگرش مثبت داشته‌اند (نمره بالای ۵۰). جدول شماره ۳ چگونگی پاسخ پرستاران به سؤالات مربوط به نگرش آنان درباره درد نوزاد را نشان می‌دهد. همان گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌گردد ۹۰ درصد پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه معتقدند که بررسی و کنترل درد نوزاد از حقوق او می‌باشد (سوال ۴). ۶۷/۵ درصد پرستاران بر اهمیت نقش خود در بررسی و اندازه‌گیری درد نوزاد تأکید نموده‌اند (سوال ۷). بیش از نیمی از پرستاران بر اهمیت استفاده از ابزارهای سنجش درد، تأثیر استفاده از ابزار بر تعیین روش مناسب تسکین و تأثیر آن بر روند بهبودی نوزاد تأکید کرده‌اند (سوال ۱۷، ۱۸ و ۱۹). نتایج آزمون t مستقل تفاوت معنی‌داری را بین وضعیت تأهل و نگرش بررسی درد نوزاد نشان نداد. بین نمره نگرش و آگاهی پرستاران تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به این صورت که پرستارانی که آگاهی بیشتری در مورد درد نوزاد داشتند، نسبت به بررسی درد نوزاد نگرش مثبت تری داشتند ($P < 0/05$).

میانگین نمرات سطح عملکرد بررسی درد نوزادان ۴/۲۲ از ۱۰ و در دامنه ۰ تا ۶ بود. پرستاران عملکرد بسیار ضعیفی در خصوص بررسی درد و اندازه‌گیری آن داشتند و هیچکدام از آنها از هیچ ابزاری جهت اندازه‌گیری درد نوزاد استفاده نمی‌کردند.

بحث و نتیجه‌گیری:

پرستاران نقش حیاتی در بررسی و تسکین درد بیماران دارند. آنها ناظرین اصلی درد و رنج بیماران بوده و در حقیقت رابط پزشک و بیمار هستند. در تعداد بسیار زیادی از مطالعات در کشورهای مختلف یکی از مهمترین موانع بررسی و تسکین درد عدم آگاهی یا دانش ناکافی پرستاران و حتی پزشکان در خصوص سنجش درد و تسکین آن در سنین مختلف و همچنین داشتن نگرش منفی در ارتباط با تجربه درد توسط بیماران بیان شده است (۲۷-۲۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره دانش و آگاهی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه ۱۰/۲۷ از مجموع ۲۶ نمره بوده است. شرکت‌کنندگان در مطالعه، در حیطه فیزیولوژی درد و اثرات و عوارض آن از آگاهی متوسط و در حیطه ابزار سنجش و اندازه‌گیری درد از آگاهی بسیار ضعیفی برخوردار

هستند. این نتایج با نتایج تحقیق دراند و اوریماری همخوانی دارد. میانگین درصد پاسخهای صحیح در خصوص آگاهی کسب شده توسط پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه دراند در ارتباط با سنجش درد در هلند ۶۹/۱ درصد بود. شرکت‌کنندگان در تحقیق فوق در پاسخ به این سوال که به نظر شما کیفیت کنترل درد در بخش شما چگونه است؟ ۷۱٪ اعتقاد داشتند که کنترل خوب و ۶٪ اعتقاد داشتند که کنترل از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست (۲۸). اوریماری اعلام کرد ۱۰۰٪ شرکت‌کنندگان در مطالعه اعتقاد داشتند که نوزادان درد را حس می‌کنند و باید درد آنها بررسی شود اما فقط یک سوم آنها ابزاری برای بررسی درد نوزاد می‌شناختند (۲۹). در ترکیه سال ۲۰۰۸ بررسی دانش پرستاران در زمینه بررسی و کنترل درد کودک نشان داد که میانگین پاسخهای صحیح ۳۵/۴۱ درصد بود (۳۰). مقایسه میزان آگاهی پرستاران مشغول به کار در بیمارستان‌های کودکان سه کشور انگلیس، جنوب آفریقا و سوئد نشان داد که بین آگاهی پرستاران در این سه منطقه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. پرستاران سوئدی بیشترین میزان دانش را داشتند. آنها همچنین نگرش مثبت‌تری به درد داشتند که می‌تواند ناشی از دانش بیشتر آنان در ارتباط با درد باشد (۳۱). در تحقیقی در شمال هند ۴۵/۴٪ پرستاران نه تنها استفاده از ابزار مناسب جهت بررسی درد کودک را به طور روتین گزارش نکردند بلکه نتوانستند هیچ ابزاری را جهت بررسی درد کودک نام ببرند (۳۲). که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در تحقیق دیگری در هند بیشترین دلیل عدم بکارگیری ابزار بررسی درد نوزاد کمبود آگاهی از فیزیولوژی درد نوزادان و ابزار بررسی درد آنها بیان شد (۳۳).

مطالعه‌ای در این ارتباط در ایرلند نشان داد که میانگین نمرات کسب شده از پرسشنامه PNKAS ۶۲٪ بود. نمره اکثریت پرستاران کمتر از ۸۰٪ (سطح رضایت بخش آگاهی) بود (۳۴). نتایج تحقیق پرویزی و الحانی در ارتباط با میزان شناخت، عملکرد و نگرش پرستاران نسبت به ابزارهای سنجش درد در یک بیمارستان تخصصی کودکان شهر تهران نشان داد که ۷۲/۴ درصد پرستاران ابزارهای سنجش درد را نمی‌شناختند (۱۹).

در مطالعه فراهانی سال ۱۳۸۷، ۲۰٪ از پرستاران شرکت‌کننده در تحقیق از آگاهی ضعیفی برخوردار بودند. در این تحقیق پرستاران یکی از مهمترین موانع استفاده از بکارگیری

پرستار را بهتر کرده و استفاده از آنها منجر به تسکین بهتر درد خواهد شد (۴۲). در این مطالعه بین سابقه کار پرستاران و نگرش آنان درباره درد ارتباط معنی داری وجود نداشت که مطابق با نتایج مطالعه حاضر می باشد. اما بین ساعات آموزش پرستاران و نگرش آنان ارتباط معنی داری وجود داشت.

لویی در هنگ کنگ دانش و نگرش پرستاران را در ارتباط با مدیریت درد بررسی نمودند. در این مطالعه ۲۳/۸ درصد شرکت کنندگان اعلام کردند که هیچ وقت از هیچ ابزاری برای بررسی درد استفاده نمی کنند. تنها ۲۰/۳ درصد گفتند که اغلب از ابزار بررسی درد استفاده می کنند. میزان آگاهی آنان کم و میانگین دانش ۹/۴۹ از ۲۶ نمره بود. در مقایسه با مطالعات قبلی در هنگ کنگ پرستاران نگرش بهتری نسبت به درد پیدا کرده و یکی از مهمترین موانع بررسی درد را کمبود پرستار و بالا بودن فشار کار ذکر کردند (۴۳).

یکی از مهمترین عوامل بازدارنده اندازه گیری و تسکین درد نگرش منفی نسبت به درد نوزادان می باشد. خوشبختانه در تحقیق حاضر اکثریت شرکت کنندگان در مطالعه نسبت به درد نوزادان نگرش مثبت داشتند. در عین حال تنها داشتن نگرش مثبت باعث افزایش عملکرد نمی شود چرا که عوامل دیگری مثل دانش و آگاهی نیز مؤثر هستند. در این مطالعه با توجه به سطح پایین دانش در ارتباط با ابزارهای سنجش درد نوزاد پایین بودن سطح عملکرد دور از انتظار نیست. در پژوهش ما هیچگونه تفاوت معنی داری بین نمرات آگاهی پرستاران و وضعیت تأهل و سابقه کاری وجود نداشت. بین میزان تحصیلات و نمره آگاهی ارتباط معنی داری وجود داشت. در این ارتباط گزارش های متفاوتی وجود دارد. دراند و کلارک به این نتیجه رسید که بین سابقه کار پرستاران و میزان دانش آنان رابطه معنی داری وجود دارد (۲۸، ۴۴). در صورتی که نتایج تحقیق ویلسون مشابه با نتایج مطالعه ما بود و هیچگونه ارتباط معنی داری بین آنها مشاهده نشد (۴۵).

نتایج مطالعه حاکی از این واقعیت است که افراد تحت مطالعه (کادر پرستاری) نیازمند آموزش های کامل در خصوص بررسی و سنجش درد نوزادان می باشند. بنابراین پیشنهاد می شود آموزش های دوره ای و ضمن خدمت در خصوص درد نوزاد، عوارض آن و بخصوص در ارتباط با نحوه اندازه گیری درد و

ابزار سنجش درد را ناکافی بودن دوره آموزشی سنجش درد می دانستند (۳۵). پاسخ شرکت کنندگان در مطالعه به این پرسش که برای بررسی درد کودک از چه ابزاری استفاده می نمایید شامل این موارد بود: ۹۶٪ معتقد بودند که گریه بهترین نشانه درد کودک است، ۷۲٪ با تغییرات چهره دلیلی برای درد است موافق بودند، ۲۱٪ اختلال در خواب و تغذیه کودک را دلیل درد می دانستند و تنها ۲٪ برای بررسی درد از ابزار مناسب با سن تکاملی وی استفاده می کردند (۳۶).

تحقیق سعادتی و همکاران نشان داد که آگاهی پرستاران در مورد فیزیولوژی، علایم و نشانه های درد ۳۲٪ و در ارتباط با شناخت روش های بررسی درد ۵۴/۳ درصد می باشد (۳۷).

فراهانی و همکاران سال ۱۳۸۸ جهت بررسی تأثیر تشکیل کمیته پرستاری درد بر توانمندی پرستاران در فرآیند سنجش درد تحقیقی انجام دادند. این مطالعه نشان داد میزان شناخت پرستاران در مورد سنجش درد کودکان بسیار کم (۷/۷ درصد) می باشد (۳۸). در مجموع با توجه به نتایج این تحقیق و سایر تحقیقات می توان گفت آگاهی در مورد سنجش درد نوزادان نسبتاً پایین است.

در خصوص نگرش پرستاران شرکت کننده در مطالعه در مورد بررسی و اندازه گیری درد نوزادان، یافته ها نشان می دهد که میانگین نمره نگرش پرسنل پرستاری ۵۴/۲۲ از ۶۰ نمره و اکثر پرستاران (۹۰ درصد، ۳۶ نفر) در مورد درد نوزاد نگرش مثبت داشته اند (نمره بالای ۵۰). اکثریت شرکت کنندگان در تحقیق بر این باور بودند که نوزادان درد را حس می کنند و اندازه گیری و کنترل درد نوزاد از حقوق قانونی وی بوده و بر روند بهبودی وی تأثیر مثبت می گذارد مطالعات زیادی با مطالعه ما در این خصوص همخوانی دارد (۳۹، ۴۰).

پاترشیا در تحقیق خود به این نتایج رسید که پرستاران بخش آنکولوژی در مقایسه با سایر بخش ها از درک بهتری نسبت به درد برخوردار بودند (۴۱). مطالعه انسکار نشان داد که پرستاران سوئدی نه تنها از دانش بیشتری در ارتباط با سنجش درد برخوردارند، بلکه نگرش مثبت تری نیز نسبت به درد دارند که می تواند منجر به تسکین بهتر درد گردد (۳۱). لایمن نگرش و عقاید پرستاران را در مورد بررسی درد بررسی نمود. اکثر پرستاران بر این عقیده بودند که ابزار بررسی درد ارتباط بیمار و

سپاسگزاری:

این تحقیق با استفاده از اعتبارات طرح‌های تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان انجام گردیده و نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و تمامی پرسنل محترم پرستاری مراکز آموزشی و درمانی اعلام می‌نمایند.

کنترل آن ارائه گردد. آموزش‌های ارائه شده نه تنها در ارتقای سطح آگاهی و نگرش کادر پرستاری نسبت به درد مؤثر خواهد بود بلکه در بهبود عملکرد آنها مؤثر می‌باشد. همچنین با تحقیقات بیشتر می‌توان سایر موانع استفاده از ابزارهای سنجش درد را بررسی و در صدد رفع آنها بر آمد.

References**منابع**

1. Williams A, Manias E. A structured literature review of pain assessment and management of patient with chronic kidney disease. *J Clin Nurs*. 2008;17:69-81.
2. Smelzer SC, Bar BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams Press; 2008: 259.
3. Patrick D. Textbook of pain. 3th ed. London: Chrchill Livingstone Press; 1994: 337-348.
4. Westshell MV, Coffin DA, Lizardo LM. Pediatric nursing New York: McGraw Hill Press; 2002: 100.
5. Boxwell G. Neonatal intensive care nursing .1th ed. London: Rout Ledge Press; 2000: 189-201.
6. Zapalo BJ. Assessing the effect of a learning organization on change in levels of developmentally supportive care in the new born intensive care unit. (PhD thesis) Pittsburgh: School of Education Duquesne University: 2006.
7. Carr DB, Pain control: the new why and how. *Journal Pain*. 1993;1:195-196.
8. American Academy of pediatrics. The assessment and management of acute pain in infant children and adolescents. *Pediatrics*. 2001;108:793-797.
9. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *New Engl J Med*. 1994;330:592-596.
10. Schlte EB, Price DL, Gwin GF. Pediatric nursing. Philadelphia: Saunders Press; 2001: 38.
11. Manworren RC. Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain. *Pediatric Nursing*. 1999;26:610-615.
12. Zarei kh. The position of the body in pain in children aged 7 to 12. Proceedings of the Fifteenth International Conference on Children: 2003: Tehran, Iran. 2003:378. [Persian]
13. Callahan RE. Understanding organizational Behavior a managerial view points. Merrill Press; 1986.
14. Heikkila J, Pounonen M, Laippala P, Virtanen V. Nurses Ability perceive patients fears related to coronary arteriography. *J Adv Nurse*. 1998;28:1225-1235.
15. Briggs M, Closs JS. A descriptive study of the use visual analog scales and verbal rating scales for assessment of pastoperative pain in orthopedic patient. *J Pain and Symptom Manage*. 1999;18:438-446.
16. Hochekenberry MJ, Wilson D, Winkekstein ML. Wongs essentials of pediatric nursing 7th ed. St Louis: Mosby Press; 2005:667.

17. Ghazanfari Amleshi D. Treatment of pediatric pain and sedation. *Novin Pezeshki Journal*. 2009;411:410-413. [Persian]
18. Varvani P, Alhani F. Evaluation of the nurses' problems in using pain assessment tools in children. *Iranian Journal of Nursing*. 2008;18:40-46. [Persian]
19. Parvizi F, Alhani F. Studing 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;15:190. [Persian]
20. Allah Yari I, Alhani F. Evaluation of the nurses' problems in using methods to reduce injection pain in children. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2006;16:183-188. [Persian]
21. Amini M. Attitudes of postgraduate nursing educators working in colleges affiliated to the ministry of health in Tehran to study nursing, nursing master's thesis. Tehran: Tehran University of Medical Sciences. 1990 [Persian]
22. Saif A. Learning conditions. 1st ed. Tehran: Najafi Press; 2007. [Persian]
23. McCaffery M, Rolling Ferrell B, Pasero C. Nurses' personal opinions about patients' pain and their effect on recorded assessments and titration of opioid doses. *Pain Manag Nurs*. 2000;1:79-87.
24. Van Niekerk LM, Martin F. The impact of the nurse-physician relationship on barriers encountered by nurses during pain management. *Pain Manag Nurs*. 2003;4:3-10.
25. Ware LJ, Bruckenthal P, Davis GC, O'conner-Von SK. Factors that influence patient advocacy by pain management nurses: results of the American society for pain management nursing survey. *Pain Manag Nurs*. 2011;12:25-32.
26. Igier V, Mullet E, Sorum PC. How nursing personnel judge patients' pain. *Eur J Pain*. 2007;11:542-550.
27. Elcigil A, Maltepe H, Mutafoğlu K. Nurses' perceived barriers to assessment and management of pain in a university hospital. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2011;33:33-38.
28. De Rond ME, deWit R, Van Daw FS, Van Campen BT, den Hartoq YM, Klievink PM. A pain monitoring program for nurses: effects on nurses' pain knowledge and attitude. *J Pain Symptom Manag*. 2000;19:457-467.
29. Chermont AG, Guinsburg R, Balda RC, Kopelman BI. What do pediatricians know about pain assessment and treatment in newborn infants?. *J Pediatr*. 2003;79:265-272.
30. Yildirim Y. Knowledge and attitudes of Turkish oncology nurses about cancer pain management. *J pain Manag Nurs*. 2008;9:17-25.
31. Enskär K, Ljusegren G, Berglund G, Eatin N, Harding R, Mokoena L, et al. Attitudes to and knowledge about pain and pain management, of nurses working with children with cancer: A comparative study between UK, South Africa and Sweden. *Journal of Research in Nursing*. 2007;12:501-515.
32. Subhashini L, Vatsa M, Lodha R. Knowledge, attitude and practices among health care professionals regarding pain. *Indian J Pediatr*. 2009;76:913-916.
33. Mathew P, Mathew JL. Assessment and management of pain in infants. *Postgrad Med J*. 2003;79:438-443.
34. Tiernan E. A Survey of registered nurses knowledge and attitudes regarding pediatric pain assessment and management: an Irish perspective. International Research Conference: 2009 Mar 26: London, UK.
35. Farahani P, Alhani F. Barriers to the use of pain assessment tools for children by nurses. *Journal of Nursing and Midwifery*. 2008;18:40-44. [Persian]
36. Wang XS, Mendoza T. Pediatric cancer pain management practices and attitudes in China. *J Pain Symptom Manag*. 2003;26:748-759.
37. Saadat A, Forutan R, Mirshahi F, Hosseini Shahidi L. A Survey of Education Effects on Improving Skills of Nurses about Knowledge, Assessment and Management of Pain. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty*. 2006;4:28-38. [Persian]
38. Farahani P, Alhani F, Mohammadi E. Assessing the effects of establishing a nursing commission of pain management on empowering nurses within pain assessment process. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2009;4:49-58. [Persian]

39. Abu-Saad H, Bours G, Stevens B, Hammers J. Assessment of pain in the neonates. *Seminars in Perinatology*. 1998;22:402-416.
40. Holsti L, Grunau R, Oberlander T, Papsdorf M. Can the NIDCAP measure acute pain in preterm infants in the NICU? Pediatric Academic Societies' Annual Meeting 2003.
41. Rushton P, Eggett D, Carolyn W. The knowledge and attitudes of Utah nurses concerning cancer pain management. *Int J Nurs Practice*. 2010;16:28-32.
42. Layman Young J, Horton FM, Davidhizar R. Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *J Adv Nurs*. 2006;53:412-421.
43. Lui L. Knowledge and attitudes in pain management: Hong Kong nurses' perspective. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2006;18:47-58.
44. 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;11:18-31.
45. Wilson B. Nurses' knowledge of pain. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16:1012- 1020.

Knowledge, attitude and performance of nurses regarding pain assessment and measurement, Bandar Abbas, Iran

F. Asadi Noghabi, MSc¹ S. Soudagar, MSc² O. Nazari, BSc³

MSc in Nursing Management¹, MSc in Nursing Education², BSc in Nursing Education³, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

(Received 31 Jul, 2011 Accepted 1 Nov, 2011)

ABSTRACT

Introduction: Infants can not express their pain, therefore, their pain should be evaluated by valid and reliable tools. The purpose of this study was to determine the knowledge, attitude and performance of nurses working in neonatal units on pain assessment and measurement in neonates.

Methods: This descriptive and analytic study performed during March-August 2011 in neonatal units and NICU in Bandar Abbas educational hospitals. The number of nurses and nurse-assistances working in neonatal units was 50, where 40 nurses completed the questionnaire. Data collecting tool was a structured questionnaire containing four parts: demographic data and special questions concerning knowledge, attitude and practice. The data was analyzed by using descriptive and inferential statistics.

Results: Mean of knowledge score for participants was 10.27 out of 26. Mean score of attitude was 54.22 out of 60 and mean scores of neonates' pain assessment practice was 4.22 out of 10. Nurses had very weak practice regarding pain assessment and measurement and 100% of them did not use any tool for measuring neonate's pain. There was a significant relationship between nurses' knowledge score and level of education and cases with more education had more knowledge. There was no significant relationship between nurse's knowledge scores and marital status as well as work experience.

Conclusion: Knowledge of nurses regarding neonate pain assessment and measurement is very low and need continuous and periodic educations regarding measurement procedure.

Key words: Education - Pain - Neonatal

Correspondence:
S. Soudagar, MSc.
Faculty of Nursing, Midwifery
& Premedical, Hormozgan
University of Medical Sciences,
Bandar Abbas, Iran
Tel: +98 761 6666367
Email:
ssoudagar.hums.ac.ir