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

بررسی عملکرد پرستاران در مورد وضعیت کنترل درد بیماران پس از اعمال جراحی شکمی انتخابی در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۱

محمدنبی رحیمیان[۱]، نرگس بیگی*[۲]، حجت حبیبی[۳]، ناهید قاسم‌نژاد[۴]، محمدعلی سهم‌الدینی[۵]

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

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۸ **تاریخ بازبینی:۱۳۹۲/۱۰/۲۰** **تاریخ پذیرش:۱۳۹۲/۱۰/۲۹**

چکیده

زمینـه و هـدف: شـناخت و تسـکین درد یکـی از مهمتریـن مسـئولیت‌های پرسـتاران اسـت. لـذا بـرای حرکـت به‌سـمت مراقبـت باکیفیـت بالاتـر در بخش‌هـای جراحـی و ارتقـاء عملکـرد پرسـتاران، اطلاعـات بیشـتری در زمینـه وضعیـت موجـود کنتـرل درد در بیمارسـتان‌ها نیـاز اسـت. ایـن پژوهـش بـا هـدف ارزیابـی مدیریـت درد پرسـتاران در مراکز آموزشـی درمانی وابسـته به دانشـگاه علوم پزشـکی شـیراز در سـال ۱۳۹۱ انجـام گرفت.

مـواد و روش‌هـا: در ایـن مطالعـه مقطعـی، نمونه‌گیـری بـه روش آسـان، حجـم نمونـه ۱۰۰ بیمـار، پیگیـری و ارزیابی درد هـر بیمار ۶ سـاعت بود. جهـت ارزیابـی درد از مقیـاس دیـداری درد اسـتفاده شـد. فرم جمع‌آوری اطلاعات شـامل مشـخصات فردی، جـدول ثبت نبض و فشـارخون و مقیاس دیـداری درد بیمـار در شـش سـاعت متوالـی، سـوالاتی در رابطـه بـا عملکـرد پرسـتاران کـه از بیمـار پرسـیده می‌شـد، اطلاعـات ثبت شـده در برگه دسـتورات جـراح بـرای مصرف مسـکن درصورت نیاز اسـت.

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

نتیجه‌گیـری: به‌نظـر می‌رسـد جهـت ارتقـاء کیفیـت کنتـرل درد در ایـن مرکـز درمانـی، بـه پرسـتاران آمـوزش دیـده و دارای اختیـارات کافی در زمینـه تجویز مسـکن نیاز اسـت.

واژه‌های کلیدی: عملکرد پرستاران، مدیریت درد، درد حاد

مقدمه

درد یـک تجربـه حسـی یـا احساسـی ناخوشـایند اسـت کـه بـا آسـیب واقعـی یـا بالقـوه بافـت همـراه می‌باشـد[۱]. از زمانـی که جراحـی به‌عنـوان یـک روش درمانـی مطرح شـده، همیشـه درد ناشـی از آن موانـع و مشـکلات اصلـی همـراه آن بـوده اسـت[۲]. درد بعـد از عمـل به‌خـودی خـود مایـه رنـج بیمـاران بـوده و می‌توانـد سـبب اضطـراب، بی‌خوابـی، تـرس و تحریک‌پذیـری سیسـتم خـودکار عصبـی بیمـار، حساسـیت‌زایی و ادراک بیـش از حـد درد و موجـب تبدیـل شـدن درد حـاد بعـد از عمـل بـه دردهـای مزمـن گـردد[۳،۴]. بنابرایـن برنامـه مراقبـت بایـد بـر ارزیابـی مکـرر ماهیـت و شـدت درد، اجـرای اقدامـات موثـر کاهنـده درد و پایـش منظـم بیمـار جهـت اطمینـان از تسـکین

نویسنده مسئول: نرگس بیگی، کارشناس بیهوشی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
ایمیل: Iranh2013@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]

کافی درد، اداره عوارض جانبی مسکن‌ها و ایمنی بیمار تمرکز داشته باشد[۵].

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

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

مواد و روش‌ها

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

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

حجم نمونه به تعداد ۱۰۰ بیمار، با ضریب اطمینان۹۵ درصد محاسبه گردید. نوع بیهوشی (بیهوشی عمومی)، داروهای القا و نگهداری بیهوشی برای کلیه بیماران یکسان بود. مدت پیگیری و ارزیابی درد هر بیمار ۶ ساعت و شروع ارزیابی بلافاصله بعد از جراحی در صورتی که بیمار کاملا هوشیار شده بود صورت می‌گرفت.

برای ارزیابی درد از مقیاس دیداری درد استفاده شد. این مقیاس بر روی پرسشنامه به بیمار نشان داده و به آنها گفته می‌شد که عدد صفر نشانه عدم وجود درد و عدد۱۰ نشانه شدیدترین شکل ممکن درد است و از بیمار خواسته شد تا شدت درد خود را براساس یکی از اعداد مقیاس مشخص نماید.

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]

و فشـارخون و نمـره‌ی مقیـاس دیـداری درد بیمـار در شـش سـاعت متوالـی، بخـش چهـارم حـاوی سـوالاتی در رابطـه بـا عملکـرد پرسـتاران کـه از بیمـار پرسـیده می‌شـود و بخـش پنجـم حـاوی اطلاعـات ثبـت شـده در برگـه دسـتورات جـراح بـرای مصـرف مسـکن در صـورت نیـاز اسـت. ابزارهـای مـورد اسـتفاده بـرای اندازه‌گیـری متغیرهـا شـامل: مقیـاس دیـداری شـدت درد (مقیـاس دیـداری درد) جهـت اندازه‌گیـری شـدت درد، دسـتگاه دیجیتـال اندازه‌گیـری نبـض و فشـار خـون بـرای اندازه‌گیـری نبـض و فشـار خـون، و ارزیابـی عملکـرد پرسـتاران بـا مشـاهده و مصاحبـه بـا بیمـار بـود.

در پایـان پژوهـش پژوهشـگران بـا مشـاهده مدیریـت درد نامناسـب و ناکافـی پرسـتاران، بـا مصاحبـه نیمـه سـاختار یافتـه بـا ۲۳ پرسـتار بیمارسـتان مـورد مطالعـه، جویـای پاسـخ سـوالاتی در رابطـه بـا علـل مدیریـت درد ناکافی و نامناسـب در بخـش جراحـی آن مرکـز شـدند. پاسـخ‌ها به‌صـورت مـوردی در بخـش نتیجه‌گیـری آورده شـده اسـت. روش‌هـای آمـار توصیفـی و آزمـون آمـاری آنالیـز بـا اندازه‌گیری‌هـای مکـرر از جملـه آزمون‌هـای آمـاری اسـت کـه در ایـن پژوهـش مـورد اسـتفاده قـرار گرفـت.

یافته‌ها

در مجمـوع ۱۰۰ بیمـار کـه تحـت عمـل جراحـی انتخابـی شـکمی قـرار گرفتـه بودنـد در ایـن مطالعـه شـرکت نمودنـد. جـدول ۱ ویژگی‌هـای جمعیت-شناسـی بیمـاران شـامل سـن، جنـس، وضعیـت تاهـل، میـزان تحصیـلات و وضعیـت فـرد حیـن مداخلـه را نشـان می‌دهـد.

نمـودار ۱، درصـد بیمارانـی کـه دارای درد شـدید، متوسـط و ضعیـف بوده‌انـد را نشـان می‌دهـد. نمـرات ۱ و ۲ در مقیـاس

جدول شماره ۱: مشخصات فردی بیماران شرکت‌کننده در مطالعه

مشخصات	گروه	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۳۷	۳۷/۸
	زن	۶۱	۶۲/۲
سن	۱۵-۲۴ سال	۲۲	۲۲/۴۴
	۲۵-۵۴سال	۴۳	۴۳/۸۷
	۵۵-۶۵ سال	۳۳	۳۳/۶۷
وضعیت تاهل	مجرد	۲۳	۲۳/۵
	متاهل	۷۵	۷۶/۵
تحصیلات	راهنمایی	۲۶	۲۶/۵۳
	دبیرستان	۲۰	۲۰/۴۰
	دیپلم	۱۷	۱۷/۳۴
	لیسانس	۲۴	۲۴/۴۸
	لیسانس به بالا	۱۱	۱۱/۲۲
وضعیت فرد حین مداخله	آرام	۶۴	۶۵/۳
	ناآرام	۳۳	۳۳/۷

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]

درد دیـداری، در گـروه درد ضعیـف و نمرات ۳ تـا ۶ در گروه درد متوسـط و نمـرات ۷ تـا ۱۰ در گـروه درد شـدید قـرار گرفته‌انـد. نمـودار ۲، میانگیـن شـدت درد بـر اسـاس مقیـاس دیـداری را نشـان می‌دهـد. در تمامـی سـاعت مطالعـه میانگیـن شـدت درد بیـش از ۴/۷۹ می‌باشـد و میانگیـن شـدت درد، بـا شـیب بسـیارکند سـیر نزولـی دارد.

در جـدول ۲ میانگیـن تعـداد ضربـان قلـب و میانگیـن فشـار خـون بیمـاران در طـی شـش سـاعت مطالعـه دیـده می‌شـود. میانگیـن ضربـان قلـب و میانگیـن فشـار خـون بیمـاران در طـی زمان‌هـای مطالعـه بـا یکدیگـر تفاوتـی نداشـته اسـت.

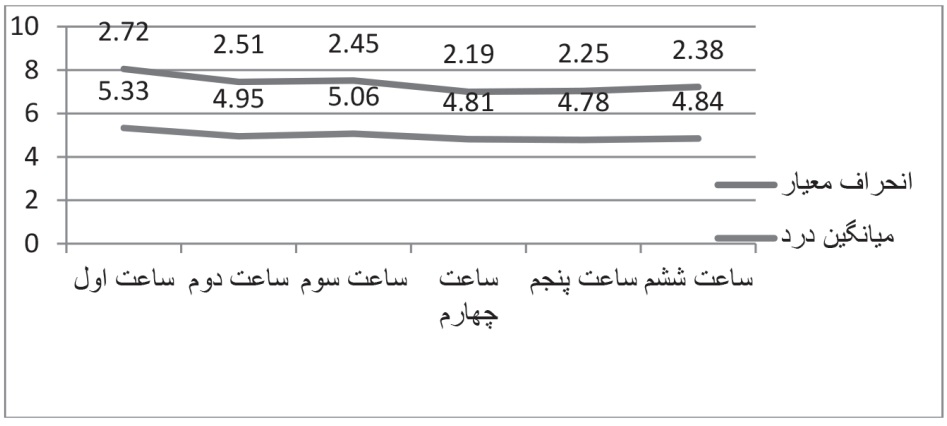
بـه ترتیـب (P = ۰/۵۶ و P=۰/۴۵)

نمـودار ۳ درصـد کنتـرل و عـدم کنتـرل درد، در بیمـاران نیازمنـد کنتـرل درد در زمان‌هـای مطالعـه را نشـان می‌دهـد. در تمامـی زمان‌هـا در صـد عـدم کنتـرل درد بالاتـر از در صـد کنتـرل درد می‌باشـد (P =۰/۰۰۱).

نمـودار ۴ توزیـع حضـور یـا عدم حضـور پرسـتار بر بالیـن بیمار، اقـدام یـا عدم اقـدام به کنتـرل درد توسـط پرسـتاران در افرادی کـه درد شـدید دارنـد را نشـان می‌دهـد. به‌جز در سـاعت اول در کلیـه زمان‌هـای مطالعـه پرسـتار بـر بالیـن بیمار حضور نداشـته اسـت ولیکـن در سـاعت اول اقـدام به درمـان درد نکرده اسـت.

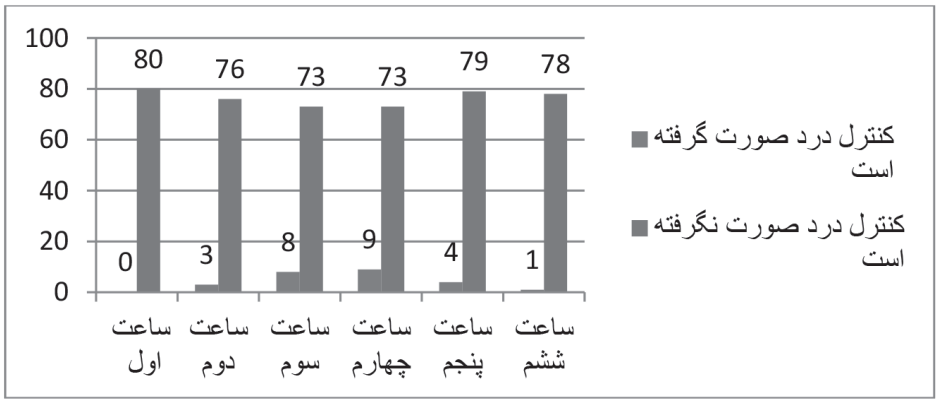
جدول شماره۲: روند میانگین بیماران ضربان قلب و فشارخون در شش ساعت متوالی

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



نمودار۲: روند میانگین سیر شدت درد طی زمان‌های مطالعه

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]



نمودار۳: توزیع کنترل یا عدم کنترل درد در بیمارانی که واجد شرایط کنترل درد

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

۱- بارکاری زیاد، کمبود پرستار کافی در این بخش‌ها.

۲- سوق دادن حرفه‌ی پرستاری از کار بالینی به سمت کاغذبازی و کار اداری.

۳- برخی پرستاران خود را فاقد اختیار در زمینه‌ی کنترل درد می‌دانند.

۴- کمتر در دسترس بودن مواد مخدر در بخش‌های جراحی و نبود روش‌های ضد درد مثل پمپ تزریق مخدر.

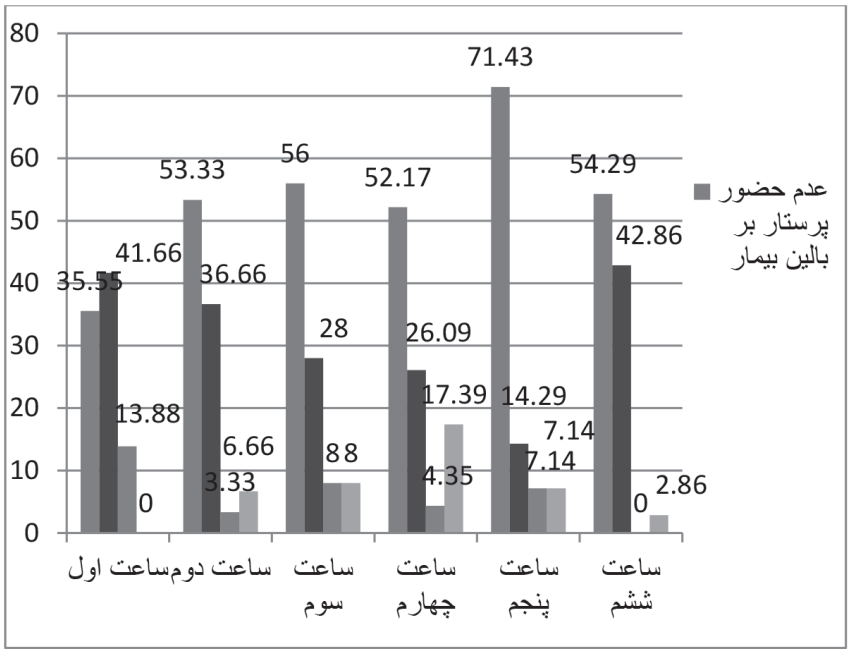
۵- ترس از عوارض جانبی مخدر و عدم داشتن زمان کافی جهت پایش بیمار جهت اطمینان از کنترل عوارض‌های مخدرها

بحث و نتیجه‌گیری

طبق نتایج یافته‌های این مطالعه، بسیاری از بیمارانی که درد متوسط یا شدید داشته‌اند، پرستار بر بالین آنها حضور نیافته و یا در صورت حضور بر بالین بیمار اقدامی جهت تسکین درد انجام نداده‌اند و مجموعا عملکرد پرستاران در تسکین و مدیریت درد، مناسب نبوده است. در تحقیق مک للان که در سال ۲۰۰۴، با هدف بررسی نقش پرستاران در تسکین درد بیماران پس از عمل جراحی انجام یافته، مشخص شد که اقدامات پرستاران، درد بیماران را کاهش داده است[۹]. طبق پژوهش مریم اقبالی و همکاران (۱۳۸۵) که با هدف تعیین نظرات بیماران در مورد ارزیابی، اداره و ارزشیابی درد بوده است نشان می‌دهد اداره درد پس از عمل جراحی انجام شده و درد بیماران تسکین یافته و اکثریت بیماران (۸۵ درصد) از خدمات ارائه شده در زمینه تسکین درد رضایت (کامل، نسبی، تا حدودی) داشته‌اند[۱۰]، اما طبق یافته‌های مطالعه حاضر (جدول۴)، در اکثر افرادی که درد شدید دارند، در شش ساعت متوالی مطالعه (به‌جز ساعت اول) پرستار در بالین بیمار حاضر نشده است و حتی مواردی یافت می‌شود که پرستار با وجود درخواست بیمار جهت تسکین درد، اقدام نکرده است و کمترین سهم توزیع نمودار، متوجه تسکین درد بدون درخواست بیمار، توسط پرستار بوده است.

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]



نمودار۴: توزیع حضور یا عدم حضورپرستار بر بالین بیمار، اقدام یا عدم اقدام به کنترل درد توسط پرستاران در افرادی که درد شدید دارند.

است[۱۲]. در مطالعه ما نیز علی‌رغم اینکه برخی پرستاران بیان کردند که زمان کافی جهت حضور مکرر بر بالین بیمار ندارند و برخی اظهار نمودند درد بیماران را جدی نمی‌گیرند. در واقع همچون مطالعه کارول پی، تفاوت بین درک بیمار و درک ارزیابی‌کننده یکی از دلایل اداره ضعیف درد در بخش‌های جراحی ما شده بود. براساس تحقیقات انجام شده در ۲۵ سال گذشته مشخص گردیده که بی‌کفایتی در کنترل درد مربوطه به ارزیابی نادرست درد توسط پرستاران و دریافت ناکافی داروها می‌باشد[۱۳]. در تحقیق دیگری که توسط کارن‌سی و همکارانش در مورد ارزیابی و اداره درد بعد از عمل جراحی در بیماران انجام شده است. در مقایسه نتایج بین بیماران بستری در بیمارستان‌هایی که فرم مخصوص برای ارزیابی درد داشته با بیمارستان‌هایی که فرم مخصوص نداشته‌اند, تفاوت معنی‌داری در میزان رضایت‌مندی و شدت درد این دو گروه وجود نداشته است[۱۴]. در مطالعه حاضر نیز پرستاران، از سوق دادن حرفه‌ی پرستاری از کار بالینی به سمت پرکردن فرم‌های مختلف، شکایت داشتند. در واقع پرکردن فرم ارزشیابی درد دلیلی بر کنترل درد بیمار نمی‌باشد چرا که در تجویز داروهای ضددرد، آنچه در بخش‌های جراحی ما مرسوم است تجویز مسکن در صورت نیاز بیمار می‌باشد. بنابراین حتی اگر ارزیابی مکرر درد بیماران در برنامه موظفی پرسنل پرستاری گنجانده شود تا زمانی که پرستاران فاقد اختیار در زمینه تجویز مسکن و کنترل درد باشند پر کردن فرم ارزیابی درد به‌تنهایی در کیفیت کنترل درد موثر نخواهد بود.

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]

از جملـه محدودیت‌هایـی کـه پژوهشـگران در این مطالعـه با آن رو بـه رو بودنـد، ناتوانـی در درنظـر گرفتـن برخـی عوامل دخیل بـر شـدت درد از جملـه یکسـان بـودن جـراح، وسـعت بـرش جراحـی و مـدت زمـان بیهوشـی بـرای تمامـی بیمـاران بـود. شفاف‌سـازی وظایـف پرسـتاران و پزشـکان در حیطـه‌ی کنتـرل درد، شـناخت و شناسـایی عوامـل موثـر در کنتـرل درد پرسـتاران، مقایسـه‌ی تطبیقـی سیسـتم کنترل درد بیمـاران در ایـران بـا کشـورهای دیگـر، رضایت‌منـدی بیمـاران از کنتـرل درد بعـد از جراحـی از جملـه موضوعاتـی اسـت کـه می‌تـوان جهـت پژوهش‌هـای آتـی پیشـنهاد کـرد.

تشکر و قدردانی

پژوهـش حاضـر برگرفتـه از طـرح پژوهشـی مصـوب دانشـگاه علـوم پزشـکی شـیراز بـود. لـذا از معاونـت محتـرم پژوهـش دانشـگاه علـوم پزشـکی شـیراز کـه پشـتیبانی مالـی ایـن طـرح را عهـده‌دار بوده‌انـد و نیـز از مرکـز تحقیقـات و توسـعه‌ی بالینـی بیمارسـتان نمـازی شـیراز و خانـم سـتاره روسـتا نهایت تشـکر را دارد.

References

1. Sommer M, de Rijke JM, van Kleef M, Kessels AG, Peters ML, Geurts JW, et al. The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients. Eur J Anaesthesiol 2008;25(2):267–74

2 - Yazdi-moghaddam H, Memarian R, Mohammadi I. [The effect of pain management by nurses on the satisfaction rate of patients after abdominal surgery (Persian)]. Journal of Kerman University of Medical Sciences. 2006;13(2):121-128.

3. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. Anesth Analg 2003;97(5):534–40

4. Ekstein MP, Weinbroun AA. Immediate postoperative pain in orthopedic patients is more intense and requires more analgesia than in post-laparatomy patients. Pain Med 2011;12(2):308-13

5- Dunwoody CJ, Krenzischek DA, Pasero C, Rathmel JP, Poloman RC. Assessment, Physiological Monitoring, and Consequences of Inadequately Treated Acute Pain. Pain Manag Nurs 2008;9(1):11-21.

6-Taylor L, Lemone L. Fundamental of Nursing. The art and science of Nursing care. 7th edition. Philadelphia: Lippincott co 2011.pp:1102

7 - Pudner R. Nursing the surgical patient. Edinburgh, Scotland: Elsevier;2005;97-105.

8- Parvizi F, Alhani F, Aghebati N.[Problems using non-pharmacological methods of pain control in children by nurses(Persian)]. Nursing Research 2009;3(8 and 9):85-92.

9 - Mac Lellan K. Postoperative pain: strategy for improving patient experiences. J Adv Nurs. 2004;46(2):179-185.

10- Eghbali M, Kardan R, Abazari P. [Patients' viewpoints concerning post surgical pain management (Persian)]. Nursing & Midwifery Research 2006;31:15-20.

11- Watt-Watson J, Stevens B, Garfinkel P, Streiner D, Gallop R. Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. J Adv Nurs. 2001;36(4):535-45.

12- Curtiss CP. JCAHO: meeting the standards for pain management. Orthop Nurs. 2001;20(2):27-30, 41.

13. Nalini J, Nancy K. Patient expectations and anticipated responses to Post surgical Pain. Journal of Holistic Nursing 1999;17(1):184

14. Karen C. Pain assessment and trauma Patients: A multisite study. American Journal of Critical Care 1999;8(2):110.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]

Journal of Anesthesiology and Pain official Journal of ISRAPM (JAP)
Winter 2014, Vol 4, NO 2

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

Mohammad-Nabi Rahimiyan[1], Narges Beigi[*2], Hojjat Habibi[3], Nahid Ghasem Nejad[4], Mohamad Ali Sahmeddini[5]

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

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

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

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

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

ABSTRACT

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

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

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

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

Keywords: Nurses, Pain Management, Acute Pain

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

Corresponding Author: Narges Beigi, Bachelor of Anesthesiology, Research Committee of Shiraz University of Medical Sciences
Email: Iranh2013@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-14]