

## تبیین عوامل موثر در اجرای مدیریت درد نوزادان از دیدگاه پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان: تحلیل محتوا

نسرین مهرنوش<sup>۱</sup> (Ph.D Candidate)، طاهره اشک تراب<sup>۲\*</sup> (Ph.D)، محمد حیدرزاده<sup>۳</sup> (M.D)، سیروس مومنزاده<sup>۴</sup> (M.D)

۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، شعبه بین الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- گروه نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۴- گروه بی‌هوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

### چکیده

سابقه و هدف: با وجود دانش رو به رشد در مورد سنجش و مداخله درد، همچنان مدیریت درد نوزاد، به دلیل این‌که نوزادان نمی‌توانند صحبت کنند و از خود دفاع کنند به صورت یک چالش برای ارائه‌دهندگان مراقبت مطرح می‌باشد. هدف از این مطالعه، تبیین عوامل موثر در اجرای مدیریت درد نوزادان از دیدگاه پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه‌ی کیفی با رویکرد تحلیل محتوا صورت گرفت. مشارکت‌کنندگان مشتمل بر ۲۵ پرستار بالینی شاغل در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان علوی شهر اردبیل بودند که با استفاده از چهار بحث گروهی متمرکز داده‌ها گردآوری شده و با روش تحلیل محتوای قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها در نهایت به پیدایش دو درون‌مایه انتزاعی منتهی شد که بر اجرای مدیریت درد نوزادان موثر بودند. این دو درون‌مایه تحت عناوین "عوامل فردی" و "عوامل سازمانی" معرفی شدند. درون‌مایه اول شامل طبقات "دانش پرستار"، "نگرش پرستار" و درون‌مایه دوم شامل طبقات "خط مشی کنترل درد"، "شرایط کاری پرستار" و "عملکرد مدیریتی" می‌باشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اجرای مدیریت درد در بخش مراقبت ویژه نوزادان، تحت تاثیر عوامل بسیاری قرار دارد که در عرصه تحت مطالعه نمی‌گذارند اجرای آن در اولویت قرار گیرد. با توجه به مشکلات مطرح شده، نیاز به راه‌کارهایی جهت کاهش و یا حذف این مشکلات و موانع احساس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: مدیریت درد، نوزادان، بخش مراقبت ویژه نوزادان، پژوهش کیفی

### مقدمه

تسکین درد مورد توجه قرار نمی‌گرفت. ولی تحقیقات ده سال اخیر نشان داده است که سیستم‌های عمل‌کردی، خودکار و عصبی - شیمیایی نوزادان از تکامل کافی برخوردار است و نوزادان قادر به درک، تجربه و به خاطر سپاری درد هستند [۱]. مدیریت درد خصوصاً برای نوزادانی که قادر به بیان شفاهی

طبق تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد، درد یک احساس ناخوشایند و یک تجربه روانی ناشی از صدمات احتمالی یا واقعی است. در گذشته تصور عموم بر این بود که نوزادان درد را احساس نمی‌کنند و به همین دلیل بررسی و

می‌گیرد که بسیاری از آن‌ها دردناک می‌باشند [۸،۹]. در مطالعه کارباجال و همکاران (۲۰۰۸)، بعضی از دردناک‌ترین روش‌ها نیازمند ۱۰ تا ۱۵ بار تلاش برای تکمیل شدن بودند [۱۰].

کنترل درد، جزء مهمی از مراقبت تلقی می‌شود، به طوری که انجمن درد آمریکا عبارت "درد: پنجمین علامت حیاتی" را برای تاکید بر اهمیت آن و افزایش آگاهی اعضای تیم بهداشتی در مورد کنترل درد، تعریف کرده است [۵].

با وجود دانش رو به رشد در مورد سنجش و مداخله درد، هم‌چنان مدیریت درد نوزاد، به دلیل این‌که نوزادان نمی‌توانند صحبت کنند و از خود زمانی که درد را تجربه می‌کنند دفاع کنند، به صورت یک چالش برای ارائه‌دهندگان مراقبت از نوزادان قرار دارد. پرستاران مراقبان ثابتی برای نوزادان هستند و ارزیابی‌های پرستاری از درد و عمل‌کرد مربوط به درد آن‌ها برای این جمعیت آسیب‌پذیر بسیار ارزشمند است [۷].

با وجود آن‌که پرستاران معتقد هستند که بیش‌تر رویه‌هایی که در بخش مراقبت ویژه نوزادان انجام می‌گیرد باعث ایجاد درد متوسط تا شدید در نوزادان می‌شوند و با وجود امکان بررسی و اندازه‌گیری درد با استفاده از ابزارهای مناسب و هم‌چنین امکان انجام مداخلات غیر دارویی و دارویی موثر و ایمن برای جلوگیری و کاهش درد، هم‌چنان درد در نوزادان به طور صحیح مدیریت نمی‌شود [۱۱].

مطالعه یانگ و همکاران (۲۰۰۸) [۱۲] و شولتز و همکاران (۲۰۱۰) [۱۳] نشان می‌دهد که پرستاران و پزشکان دانش کافی در مورد بررسی و ارزیابی درجه درد و استفاده از بی‌دردی دارویی و غیر دارویی موثر در نوزادان را ندارند. مطالعه پولکی و همکاران (۲۰۱۰) حاکی از آن بود که پرستاران در مورد این‌که نوزادان نارس به درد حساسیت بیش‌تری نسبت به هم‌تایان ترم دارند بی‌اطلاع بودند [۱۴]. در مطالعه لاتیمر و همکاران (۲۰۰۹)، کم‌تر از ۱۰ درصد از پرستاران از مداخلات کنترل درد جهت بررسی و درمان درد نوزادان استفاده می‌کردند [۱۵]. کانگ و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای نشان دادند که هر چند این باور وجود دارد که

دردشان نیستند مهم است. دیدگاه سنتی که نوزادان قادر به درک درد نیستند رد شده و اکنون هیچ شکی وجود ندارد که نوزادان درد را درک می‌کنند [۲].

نتایج تحقیقات انجام شده نشان داده است که جنین در رحم مادر و نیز نوزادان نارس، ظرفیت‌های عصبی برای احساس درد دارند. نوزادان نارس نه تنها درد را تجربه می‌کنند بلکه خیلی حساس هستند و آستانه پاسخ‌دهی آن‌ها نسبت به تحریکات دردناک پایین‌تر است و سریع‌تر به تحریکات دردناک پاسخ می‌دهند. بنابراین مسلم است که نوزادان درد را درک می‌کنند و درد می‌تواند پاسخ‌های فیزیولوژیک، هورمونی و رفتاری در نوزاد برانگیزد [۳].

گرچه نوزادان نمی‌توانند مثل بزرگترها درد خود را بیان کنند ولی قادرند در پاسخ به محرک‌های دردناک مجموعه‌ای از واکنش‌های رفتاری و فیزیولوژیک قابل مشاهده و قابل اندازه‌گیری نظیر تغییر حالت صورت (بالا بردن ابروها، فشردن چشم‌ها، چین دادن شیار بینی - لبی)، گریه، افزایش ضربانات قلب و کاهش اشباع اکسیژن خونی شریانی از خود نشان دهند که دلایل قطعی وجود درد در نوزادان محسوب می‌شوند. ارزیابی درد با استفاده از معیارهای فیزیولوژیک (مانند ضربان قلب و تعداد تنفس) و رفتاری (مدت زمان گریه، تغییرات چهره و حرکات اندام‌ها) صورت می‌گیرد. بر همین اساس ابزارهای متعددی برای سنجش درد نوزادان طراحی شده است [۴-۶].

در طول دهه گذشته، پیشرفت در مراقبت از نوزادان به افزایش قابل توجهی در بقا نوزادان در معرض خطر بالا، از جمله نوزادان نارس کمک کرده است. این نوزادان آسیب‌پذیر، اغلب برای مراقبت در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU)، در معرض روش‌های تهاجمی متعدد به عنوان بخشی از مراقبتشان قرار می‌گیرند، که به طور میانگین ۱۰ تا ۱۶ روش‌های دردناک در روز در طول زمان بستری خود را تجربه می‌کنند [۷].

طبق تحقیقات در بخش‌های نوزادان، هر نوزاد بستری در ۲۴ ساعت تحت ۵۰ تا ۱۲۰ مورد پروسیجر درمانی قرار

به کار می‌رود. در این روش بر اساس توصیفات مشارکت‌کنندگان در مطالعه، مفاهیم آشکار و پنهان مشخص می‌شود و می‌توان این مفاهیم را کدبندی، خلاصه‌سازی، طبقه‌بندی نموده و تم‌ها را استخراج کرد. گدها بر اساس واحدهای معنا برگرفته از توصیفات مشارکت‌کنندگان استخراج می‌شوند و سپس بر اساس اختلافات یا شباهت‌ها طبقه‌بندی می‌گردند [۱۹].

این مطالعه با مشارکت پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان مرکز آموزشی درمانی علوی شهر اردبیل انجام گردید. این بخش دارای ۶ تخت NICU و ۱۴ تخت نوزادان مصوب و ۲۷ پرستار کارشناس و ۴ کمک بهیار می‌باشد در شیفت صبح علاوه بر مسئول بخش چهار پرستار و در شیفت‌های عصر و شب نیز چهار پرستار حضور دارند.

در این پژوهش، ۲۵ پرستار در چهار بحث گروهی متمرکز (۷-۵ نفره) شرکت کردند. معیارهای ورود مشارکت‌کنندگان به مطالعه داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و حداقل یک سال سابقه کار در بخش آی سی یو نوزادان و علاقمند به شرکت در بحث بود. بحث گروهی متمرکز تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها یعنی عدم دریافت اطلاعات جدید، ادامه یافت. این مصاحبه‌ها از اردیبهشت تا شهریور سال ۱۳۹۴ صورت گرفت.

قبل از شروع کار، رضایت شفاهی شرکت‌کنندگان برای ضبط صدا در طی جلسات بحث گرفته شد. جلسات بحث بر اساس توافق اعضاء در محل بخش، در ساعت پایانی نوبت کاری صبح (ساعت ۱۴-۱۳) برگزار شد. برگزاری بحث گروهی در این زمان، امکان حضور حداکثری پرستاران شاغل در نوبت کاری صبح و عصر را فراهم می‌آورد. سعی گردید در روزهایی که بار کاری بخش و تعداد نوزادان کم‌تر باشد جلسه بحث گروهی گذاشته شود تا امکان حضور پرستاران بدون فشار کاری فراهم گردد و پرستاران از طریق اطلاع‌رسانی سرپرستار از زمان جلسه آگاه شدند. پژوهشگر طی هر جلسه که به مدت ۶۰-۵۰ دقیقه طول کشید، با کمک راهنمای سؤالات، جلسه را شروع و ادامه بحث را هدایت کرد. جلسات

نوزادان درد را احساس می‌کنند و معمولاً نوزادان تعدادی از روش‌های دردناک را تجربه می‌کنند اما اقدامات دارویی یا غیر دارویی به ندرت مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱۶]. ببرد و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه دیگری گزارش کردند که پرستاران از حساسیت نوزاد به محرک‌های درد و از عوارض مضر درد تکراری مطلع بودند، اما هنوز کم‌تر از نیمی از پرستاران احساس می‌کردند که درد نوزادان به خوبی در بخش آن‌ها مدیریت می‌شود [۱۱]. از آنجائی که پرستاران در ارائه مراقبت‌ها نقش مهمی را ایفا می‌کنند و از طرف دیگر به دلیل این‌که تسکین درد به طور مؤثر از وظایف پرستاران به شمار می‌رود، لذا آن‌ها باید از آگاهی لازم در خصوص بررسی و تشخیص میزان درد و درمان‌های تکمیلی و روش‌های غیر دارویی تسکین درد برخوردار باشند [۱۷].

بنابراین اولین قدم برای بهبود مدیریت درد شناسایی موانع موجود برای پرستاران می‌باشد. شناسایی موانع مدیریت درد از نقاط کلیدی جهت برطرف کردن و از بین بردن شکاف بین دانش و عمل‌کرد بالینی موجود می‌باشد [۱۸]. در این راستا باور پژوهشگران از انجام این مطالعه این بوده است که شناخت نسبت به عوامل موثر در اجرای مدیریت درد نوزادان می‌تواند اطلاعات مناسبی را در اختیار پرستاران و مدیران مراکز مراقبتی قرار دهد که خود عاملی کمک‌کننده در فرایند تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی راهکارهای ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری از نوزادان خواهد بود. لذا این مطالعه با هدف تبیین عوامل موثر در اجرای مدیریت درد نوزادان از دیدگاه پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان صورت گرفته است.

## مواد و روش‌ها

این تحقیق یک مطالعه کیفی بود که به روش تحلیل محتوا (Content analysis) انجام گردید. تحلیل محتوای کیفی یک روش تحقیق است که برای کشف درک افراد از پدیده‌های روزمره زندگی و تفسیر محتوای داده‌های ذهنی به صورت

متنی

آن‌ها ۴- مقایسه کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها و دسته‌بندی آن‌ها به طبقات و زیرطبقات (که بیانگر محتوی اشکار متن می‌باشد) ۵- مشخص کردن تم‌ها از طبقات (که بیانگر محتوی پنهان متن می‌باشد).

صحت یافته‌های کیفی بر اساس چهار ملاک مطرح شده شامل اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و قابلیت انتقال لینکلن و گوبا مورد بررسی قرار گرفت [۲۱]. اعتبار داده‌ها با برقراری ارتباط مناسب با مشارکت‌کنندگان، چک کردن کدهای به‌دست آمده (توسط سایر اعضای تیم تحقیق و چک کردن توسط خود مشارکت‌کنندگان) افزایش یافت؛ بدین منظور بخشی از متن مصاحبه همراه با کدهای اولیه در اختیار مشارکت‌کننده قرار گرفت و میزان تجانس ایده‌های استخراج شده محقق از داده‌ها، با نظر مشارکت‌کننده مقایسه گردید. برای افزایش قابلیت اعتماد و تأییدپذیری از تکنیک حسابرسی استفاده شد؛ متن مصاحبه‌ها مورد بازنگری ناظران قرار گرفت که در طی آن کدها و طبقات استخراج شده به دو نفر از اعضای هیات علمی داده شد و مورد بررسی قرار گرفت؛ آن‌ها نیز درستی انجام تحلیل را تأیید نمودند. جهت قابلیت انتقال، ارائه توضیحات کافی در مورد پژوهش از وظایف محقق می‌باشد که در این پژوهش سعی شده است با توصیف مبسوط، زمینه برای اجرا و ارزیابی دیگران فراهم شود.

تحقیق توسط کمیته اخلاق، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تأیید شد. پس از انجام مراحل اداری مبنی بر معرفی محقق به محیط پژوهش، هنگام انجام مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، ابتدا محقق هدف از مطالعه و نحوه اجرای آن را توضیح می‌داد و بعد از توافق آن‌ها برای شرکت در مطالعه، فرم رضایت آگاهانه توسط مشارکت‌کننده امضا می‌شد. در فرم رضایت آگاهانه اطلاعاتی نظیر شرکت اختیاری در مطالعه، حق انصراف از تحقیق در هر مرحله از پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات کسب شده و در صورت لزوم ارائه نتایج تحقیق به مشارکت‌کنندگان؛ ذکر شده بود.

بحث گروهی متمرکز در پژوهش حاضر پس از توضیحاتی به مشارکت‌کنندگان در مورد نوع تحقیق و اهداف تحقیق و شرایط جلسه شروع می‌شد و سوالات درگیرسازی که به صورت نیمه‌ساختاریافته از قبل آماده شده بود پرسیده می‌شد نظیر "ارزیابی و مدیریت درد نوزادان در بخش شما چگونه است؟" "پرستاران در مدیریت درد نوزادان در بخش با چه مشکلات و موانعی روبرو هستند؟" "چگونه می‌توان عمل‌کرد پرستاران را در مورد مدیریت موثر درد نوزادان در بخش افزایش داد؟" سپس مشارکت‌کنندگان با استفاده از سوالات کاوشی یا اکتشافی نظیر "ممکنه در مورد .....بیش‌تر توضیح بدهی؟" "منظورت از .....چی بود؟" تشویق می‌شدند تا درک خود از درد نوزادان، مشکلات کنترل درد نوزادان و علل انتخاب یا عدم انتخاب استراتژی‌های کاهش درد در نوزادان را بازگو کنند. و در پایان سوالاتی نظیر "آیا چیزی مانده که لازم بود یا مایل بودید راجع به آن صحبت شود ولی بحث نشد؟" پرسیده می‌شد و پس از آن که محتوای جلسات بحث نشان داد که اطلاعات جدیدی مطرح نمی‌شود، بحث گروهی در این مرحله خاتمه یافت. در بحث گروهی متمرکز پژوهشگر سعی کرد تمام افراد شرکت‌کننده وارد بحث شده و نظرات خود را در مورد موضوع مورد بحث بیان کنند. هم‌چنین سوالات از عمومی به اختصاصی و به صورت سوالات باز پرسیده شد. جمع‌آوری اطلاعات تا اشباع داده‌ها ادامه یافت؛ زمانی که طبقات اشباع شدند و کدهای استخراج شده از بحث‌های گروهی متمرکز انجام شده، تکراری شد، نمونه‌گیری خاتمه یافت.

هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها تجزیه و تحلیل نیز انجام گرفت، برای این کار از روش پیشنهادی گرانهایم ولاندمن (۲۰۰۴) [۲۰] استفاده شد که دارای ۵ مرحله برای آنالیز داده‌های کیفی می‌باشد ۱- بازنویسی کلمه به کلمه مصاحبه‌ها و چندین بار خواندن تا درک کلی از محتوای آن‌ها به دست آید ۲- تقسیم متن به واحدهایی که خلاصه و کوتاه شده‌اند ۳- انتزاعی کردن واحدهای معنایی خلاصه شده و کدگذاری

## نتایج

در مطالعه حاضر، از ۲۵ مشارکت‌کننده که در بحث گروهی متمرکز شرکت کردند، همگی مونث بودند و اکثر مشارکت‌کنندگان زیر ۳۰ سال و متاهل و استخدام پیمانی بودند. میانگین سنوات کار در بخش NICU، ۵ سال و اکثراً تحصیلات کارشناسی پرستاری داشتند.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها به پیدایش دو درون‌مایه انتزاعی منتهی شد که بر اجرای مدیریت درد نوزادان موثر بودند. این دو درون‌مایه تحت عناوین "عوامل فردی" و "عوامل سازمانی" معرفی شدند هر کدام از این درون‌مایه‌ها خود از طبقات و کدهای اولیه استخراج گردیده که جدول ۱ شرح داده شده است.

(۱) عوامل فردی: این درون‌مایه شامل طبقات: "دانش پرستار" و "نگرش پرستار" می‌باشد.

(۱-۱) دانش پرستار

اغلب پرستاران در این پژوهش، در مورد وجود درد در نوزادان و احساس درد توسط نوزاد هم عقیده بودند و برخی از پرستاران علائم احساس درد در نوزاد را مطرح نمودند. در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: "موقع درد یه سری حرکتی رو در دست‌ها دارند یا پایش را عقب می‌کشه و یا با گریه دردش رو بیان می‌کنه. گاهی هیچ علائمی نشون نمیدن مثلاً افت سچوریشن (saturation) خودشو نشون میده که مریض دردی را احساس می‌کنه یا مثلاً برادیکاردی یا تاکیکاردی حتی بیش‌تر به صورت تاکیکاردی نشون میده." (پرستار با ۱۶ سال سابقه)

این در حالی است که مشارکت‌کننده دیگری در مورد علائم وجود درد در نوزاد بیان نمود: "خب صد در صد درد را احساس میکنن چون الان وقتی ما میخوام رگ بگیریم یا یه پروسیجر را انجام بدیم نوزاد شروع به گریه میکنه یا در قیافش تغییر ایجاد میکنه این نشون میده که اون درد ایجاد شده و او احساس میکنه." (پرستار با ۹ سال سابقه)

برخی از پرستاران هم دلیل عدم اجرای مدیریت درد در بخش را عدم آگاهی پرسنل از درک درد توسط نوزاد می‌دانند

در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: "خب یکی هم ناآگاهی ماست ما باید اینو درک کنیم که نوزاد درد رو درک میکنه. گاهی مادرا نمیدونن بعضی از پرسنل هم نمیدونن میگن نوزاد چیزی نمیفهمه که یا کودک چیزی نمیفهمه که هنوز بزرگ نشده به بلوغ نرسیده که مثلاً درک کنه یا این پروسیجرها رو درک کنه، بیش‌تر بیناییه تا شما رو میبینه میترسه دیگه نمیدونن که درد رو درک میکنن بیش‌تر اینو مطرح میکنن. عدم آگاهی که در پرسنل هست باعث میشه که رعایت نکنن." (پرستار با ۳ سال سابقه)

در مورد عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت درد نوزادان برخی از پرستاران معتقد بودند که درد می‌تواند عوارض به‌دنبال داشته باشد که در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: "هر دو تاش هم میتونه باشه. کوتاه‌مدت مثلاً در رشد جسمیشون تاثیر میزاره. شاید مثل بچه‌های دیگه که تکامل پیدا میکنن اونطور پیشرفت نداشته باشه ولی تاثیر دراز مدت رشد ذهنیش هست که در ای کیو (IQ) تاثیر میزاره اگه در معرض مکرر درد باشه." (پرستار با ۵ سال سابقه)

مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که آگاهی کافی در مورد اقدامات دارویی و غیر دارویی کنترل درد نوزادان ندارند. اکثر آن‌ها نیاز به آموزش لازم در این زمینه را مطرح نمودند. در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود:

"خب کمی هم عدم آگاهی هستش مثلاً ما فقط یکیشو میدونیم که موقع رگ‌گیری دکستروز بریزیم دهن نوزاد. فیدینگ میخوای بزاری برای نوزاد که NPO هست یا ساکشن میخوای بکنی سرشو هی تکون میده خب برای اون نمیدونیم چیکار کنیم." (پرستار با ۵ سال سابقه)

بعضی از مشارکت‌کنندگان فقط از اقدامات دارویی آن‌هم برای بعضی از پروسیجرهای تهاجمی اطلاع داشتند. در این زمینه مشارکت‌کننده‌ای اظهار داشت: "اکثراً چست تیوبی که میزارن که اون موقع بچه‌ها همیشه درد دارن که اوردر (order) فنتانیل یا گاه‌ها میدازولام PRN دارن که وقتی فنتانیل اثر نکرد میدازولام، فنوباریتال می‌زنیم که آروم بشن اکثراً اقدامات دارویی داریم." (پرستار با ۹ سال سابقه)

۲) عوامل سازمانی: این درون‌مایه شامل طبقات: "خط مشی کنترل درد"، "شرایط کاری پرستار" و "عمل‌کرد مدیریتی" می‌باشد.

#### ۲-۱) خط مشی کنترل درد

پرستاران اظهار می‌کردند عدم وجود پروتکل مناسب کنترل درد نوزادان در بخش باعث انجام مداخلات به شکل سلیقه‌ای از طرف پرستاران و هم‌چنین پزشکان می‌شود. آن‌ها اذعان داشتند که مداخلات کنترل درد در بخش بدون وجود رویه مشخص از طرف پرستاران و پزشکان انجام می‌شود. در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: "خب بیش‌تر سلیقه‌ایه. سلیقه‌ایه مثلاً شاید خانم ..... اون کارو بکنه ولی من باشم نکنم" (پرستار با ۱۵ سال سابقه)

"پزشکان اوردر (order) نمی‌زارن. اونم سلیقه‌ایه. پزشکان سلیقه‌ای عمل می‌کنن بعضی به میدازولام علاقمندن می‌زارن بعضی نمی‌زارن می‌گن لازم نیست" (پرستار با ۹ سال سابقه)

مشارکت‌کنندگان در مورد ابزار ارزیابی درد نوزادان اطلاع کافی نداشتند و فقط به وجود علائم درد در نوزادان اشاره داشتند. در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار داشت: "یکی هست خودش نوزاد رو نگاه می‌کنی می‌فهمی که واقعاً چقدر درد داره ولی یه سری چیزای نمایشگری حالا با پالس مثلاً شاید بشه نگاه کرد با تعداد ضربان قلبش مثلاً میره بالا ممکنه ساچوریشن افت کنه تعداد تنفس‌هاش ممکنه بره بالا" (پرستار با ۱۱ سال سابقه)

در رابطه با ثبت کنترل درد نوزادان برخی از مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که اقدامات در چارتری مثل برگه علائم حیاتی ثبت شود که در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار داشت: "بالاسر نوزاد مثل برگه چارت علائم حیاتی یا شیتی (فرمی) که تمام آورده‌ها توشه باشه. اگه یه فرم باشه فکر نکنم چندان وقت پرستار رو بگیره. ثبت گزارشات اینم یه نوع ثبت گزارشاته. تمام کارایی که روی نوزاد انجام دادی بالاخره باید یه جایی ثبت بشه اینم یکی از روش‌های ثبته که هیچ‌گونه منافاتی هم نداره" (پرستار با ۵ سال سابقه)

مشارکت‌کننده دیگری لزوم اطلاع‌رسانی در مورد روش‌های کنترل درد را بیان نمود: "خب اول باید کنفرانس اینا بزارن تا اطلاع‌رسانی بشه چون همه نمیدونن که روش‌های کنترل درد چیه" (پرستار با ۱۰ سال سابقه) در حالی که مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود که هیچ آموزشی در مورد درد نوزادان به آن‌ها داده نشده است: "خب به ما آموزش در مورد کنترل درد داده نشده در بیمارستان با کسی صحبتی نشده، الان ما که ۹ ماهه اومدیم در مورد کنترل درد گفته نشده خب می‌گن نوزاد درد نمیدونه که نمیدونه پروسیجر اینا رو هم نمی‌فهمه مثلاً در مورد کنترل درد گفته بشه آموزش، پمفلت، کلاسی چیزی بزارن بیش‌تر آگاهی داده بشه" (پرستار با ۳ سال سابقه)

#### ۲-۱) نگرش پرستار

اکثر مشارکت‌کنندگان تاثیر باورهای پرستاران را از عوامل مهم در اجرای کنترل درد نوزادان موثر می‌دانستند و عدم رعایت کنترل درد نوزاد را کوتاهی در حق بیمار تلقی می‌کردند.

در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: "خب آگه بخوایم عمل‌کرد انجام بشه اول باید باورها و نگرش‌ها عوض بشه" (پرستار با ۵ سال سابقه). مشارکت‌کننده دیگری در این زمینه بیان نمود: "تا به باور نرسن اینا عمل‌کردشان عوض نمیشه". (پرستار با ۱۰ سال سابقه).

برخی از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که باید اهمیت موضوع برای پرسنل روشن شود. و اهمیت کنترل درد نوزادان به پرستاران مرتباً بیان شود. در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای بیان نمود: "اهمیت مساله را باید بدونن مثلاً بقولی می‌گن اهمیت چیزی رو ندونی اون به مرحله اجرا نمیرسه شاید این مبحث مدیریت درد نوزاد یا درد نوزاد بی‌اهمیت جلوه داده شده یه چیز دور افتاده حساب میشه دور از دسترس حساب میشه که اهمیت داده نمیشه" (پرستار با ۴ سال سابقه).

مشارکت‌کننده دیگری در این رابطه اظهار داشت: "ضرورت مطلب اونقدر گفته بشه تا کادر متوجه بشن و اهمیت کنترل درد نوزادان را درک کنن". (پرستار با ۵ سال سابقه).

می‌شود. در این رابطه پرستاری بیان نمود: "محرکات صدا هستش که باعث میشه نوزاد شدیداً بیقرار بشه و درد رو احساس کنه با کم کردن اونا و کم کردن سروصدای خودمون می‌تونیم کنترل کنیم." (پرستار با ۹ سال سابقه) یا پرستار دیگری گفت: "ضرورت عدم وجود صدا همش وجود داره سروصدا نباشه، نور کم باشه ولی رعایت نمیشه به نظر من اولویتش از درد هم پیش‌تره" (پرستار با ۵ سال سابقه)

#### ۲-۳) عمل‌کرد مدیریتی

از جمله علل دیگر عدم انجام مداخلات کنترل درد توسط پرستاران عمل‌کرد مدیریتی در بخش می‌باشد. تقریباً همه مشارکت‌کنندگان به کمبود پرسنل در بخش اذعان داشتند و آن را یکی از عوامل مهم در عدم اجرای کنترل درد نوزادان می‌دانستند. در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار داشت: "اگه موقع رگ‌گیری اینا دو نفر یا سه نفر باشه میتونیم مثلاً یه نفر نوزاد و حداقل نوازش بکنه یا شیردهی بکنه یا حداقل سرم میریزه دهنش، یکی هم کارش میکنه رگ میگیره ولی تعداد کم باشه من تک‌نفره نصف شبی بخوام رگ بگیرم چطور می‌تونم به‌قولی اونو شیردهی بکنم هم اونو آروم کنم هم رگ بگیرم." (پرستار با ۱۰ سال سابقه)

اکثر مشارکت‌کنندگان توجه بیش از حد به مستندات در پرونده بیمار را یکی از علل کمبود وقت و عدم کنترل درد نوزادان مطرح کردند که در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای بیان نمود: ".....خب در چنین شرایطی که وقت کمه این نوشتاریا هم وقتتو خیلی میگیره خب برای هر نوزاد یه ساعت وقت داری ولی این HIS و نوشتاریاش قسمت اعظم وقتتو رو میگیره. جدیداً هم خیلی زیاد شده اگه روی گزارش پرستاری ما رو نگاه کنی قبلاً یک برگه VS روش بود ولی الان روش برگه ارزیابی نوزاد گذاشتن، برگه‌ی ارزیابی مادر گذاشتن، آموزش به مادر گذاشتن، برگه روش گذاشتن نمی‌دونم برگه فرایندنویسی گزارش پرستاری مثلاً نوزاد با این تشخیص اومده براش بنویسین خب جور در نمی‌آید واقعیت اینه اگه بخوای هم زمان اینا رو برسونی نمیشه" (پرستار با ۹ سال سابقه) یا پرستار دیگری در این زمینه اظهار کرد: "کاغذ بازی

برخی از مشارکت‌کنندگان نیز معتقد بودند که ثبت اقدامات در گزارش پرستاری کفایت می‌کند و لزومی به اضافه کردن برگه جدید در پرونده بیمار نمی‌باشد. در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای بیان نمود: "خب تو گزارش پرستاری ثبت بشه مثلاً تو بدو ورود که در گزارش رگ‌گیری نوشته میشه کنترل بشه آیا کنترل دردی به کار برده یا نه." (پرستار با ۲ سال سابقه)

#### ۲-۲) شرایط کاری پرستار

اکثر مشارکت‌کنندگان از شرایط کاری بخش اظهار نارضایتی داشتند و عدم کنترل درد نوزادان را شلوغی بخش و بار کاری زیاد عنوان کردند. و معتقد بودند که بعضی مواقع در صورت شلوغی بخش و بار کاری زیاد هیچ اقدامی برای کنترل درد نوزاد انجام نمی‌شود.

در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: "خب بار کاری پرستاری خیلی زیاده و بعضی مواقع درد اینا نادیده می‌گیرن فرصت نمیشه که" (پرستار با ۹ سال سابقه) یا پرستار دیگری اظهار کرد: "نیرو کمه همه سرش تو کار خودشه و هر کی کار خودشو انجام میده فرصت نمیشه یه نفر دیگه بیاد تغذیه بکنه یا پستونک تو دهنش بزاره" (پرستار با ۵ سال سابقه)

هم‌چنین اکثر مشارکت‌کنندگان کمبود امکانات و تجهیزات بخش بخصوص موقع خونگیری و رگ‌گیری نوزادان را مطرح نمودند و یکی از علل تکرار پروسیجرهای دردناک روی نوزادان را نبود امکاناتی مثل دستگاه رگ‌یاب یا کات مخصوص رگ‌گیری و غیره مطرح کردند. در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: "حداقل یه محیطی هر بیمارستان که میری یه کات مخصوص رگ‌گیری دارن یه اتاق مخصوص رگ‌گیری دارن، وسایل خاص رگ‌گیری دارن، خوب یه دونه برای ما از اون دستگاه رگ‌یاب بخرن یا مثلاً آتریوکت‌های خیلی کوچولو برای نوزادانی که خیلی نارس هستند و رگاشون کوتاهه" (پرستار با ۹ سال سابقه)

برخی از مشارکت‌کنندگان تاثیر نور و صدا روی نوزادان را مطرح نمودند که باعث کنترل درد و استرس نوزادان

نوزادان صورت گرفت، نشان داد که اجرای مدیریت درد تحت تاثیر مفاهیمی هم چون عوامل فردی و عوامل سازمانی قرار دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که عوامل فردی در زمینه‌ی دانش پرستار و نگرش پرستار در مورد وجود درد در نوزادان از عوامل تاثیرگذار بر روی اجرای مدیریت درد نوزادان می‌باشد. در زمینه دانش پرستاران، مطالعات زیادی در راستای این یافته انجام شده است. یانگ و همکاران (۲۰۰۸)، شولتز و همکاران (۲۰۱۰) و پولکی و همکاران (۲۰۱۰) نشان می‌دهند که پرستاران و پزشکان دانش کافی در مورد بررسی و ارزیابی درجه درد و استفاده از بی‌دردی دارویی و غیر دارویی موثر در نوزادان را ندارند [۱۳، ۱۲، ۱۱] که در راستای یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد.

در پژوهش لیک و همکاران (۲۰۱۳) یافته‌ها حاکی از آن بود که بیش تر پرستاران از این‌که نوزادان درد بیش‌تری را نسبت به بزرگسالان احساس می‌کنند ناآگاه بودند. در حالی که در زمینه تکامل راه‌های ادراک درد و عوارض عدم مدیریت درد سطح دانش پرستاران بالاتر بود. طبق این بررسی تنها ۲۸ درصد از پرستاران بیان کرده‌اند که مدیریت درد در بخش کاری آن‌ها به درستی انجام می‌شود [۱۷]. در مطالعه بیرد و همکاران، نتایج نشان داد که با وجود بینش مثبت و دانش کافی در زمینه مدیریت درد هنوز بین دانش و عمل‌کرد بالینی فاصله وجود دارد و مدیریت درد در بخش‌های ویژه نوزادان به خوبی انجام نمی‌شود [۱۶].

نگرش پرستاران در مورد کنترل درد نوزادان از دیگر عوامل موثر در مدیریت درد نوزادان می‌باشد. مطالعه کانگ و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که هر چند این باور وجود دارد که نوزادان درد را احساس می‌کنند و معمولاً نوزادان تعدادی از روش‌های دردناک را تجربه می‌کنند اما اقدامات دارویی یا غیر دارویی به ندرت مورد استفاده قرار می‌گیرد [۷]. پژوهش آیمار و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که پرستاران از حساسیت نوزاد به محرک‌های درد و از عوارض مضر درد تکراری مطلع بودند، اما هنوز کم‌تر از نیمی از پرستاران احساس می‌کردند که درد نوزادان به خوبی در NICUs آن‌ها مدیریت می‌شود [۲۲]

بیش از اندازه به خدا اوتقدر که با کاغذها کار می‌کنیم وقت نمی‌کنیم که با بیمار کار کنیم." (پرستار با ۵ سال سابقه)  
اکثر پرستاران اذعان داشتند که کار در بخش NICU به افراد مجرب و نیروهایی با خصوصیت ویژه نیاز دارد که ضروری است مدیران در به‌کارگیری نیروها در بخش‌های مراقبت ویژه توجه داشته باشند. در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای بیان نمود:

"یه نرسی باید استفاده بشه که حداقل سابقه کار داشته باشه یا مثلاً کسی که تازه فارغ‌التحصیل شده الان بحثی که هست که از طرحی‌ها تو بخش‌های ویژه استفاده نشه به نظرم طرح جالبی هست وقتی کسی میاد که هنوز خیلی از پروسیجرها را نمیدونه پیاده کردن روی نوزادان شیوه غلط هست شیوه آموزشی نیست." (پرستار با ۳ سال سابقه).

جدول ۱. زیرطبقات، طبقات و درون‌مایه حاصل از روش بحث گروهی

متمرکز با پرستاران بخش NICU

| زیرطبقات   | طبقات             | درون‌مایه     |
|--|-------------------|---------------|
| علائم درد<br>عواقب درد<br>مداخلات درد<br>آموزش پرسنل   | دانش پرستار       | عوامل فردی    |
| باور پرستار<br>اهمیت درد نوزاد   | نگرش پرستار       |               |
| فقدان پروتکل درد<br>ثبت اقدامات کنترل درد<br>فقدان ابزار ارزیابی درد                                 | خط مشی کنترل درد  |               |
| بار کاری و شلوغ بودن بخش<br>فقدان امکانات و تجهیزات<br>تاثیر نور و صدا                               | شرایط کاری پرستار | عوامل سازمانی |
| تامین ناکافی نیروی انسانی<br>توجه زیاد به مستندات در پرونده<br>استفاده از پرسنل مجرب با خصوصیات ویژه | عملکرد مدیریتی    |               |

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر که در خصوص تبیین عوامل موثر در اجرای مدیریت درد از دیدگاه پرستاران بخش مراقبت ویژه



که همسو با مطالعه حاضر می‌باشد. بدین منظور لازم است آموزش‌های لازم برای افزایش مراقبت‌های نوزادان برای تمامی پرسنل درگیر در مراقبت نوزادان طراحی گردد. نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد که هنوز هم شکاف بین دانش علمی در مورد درد نوزادان، پیامدهای آن، و استفاده از روش‌هایی برای ارزیابی و مدیریت درد وجود دارد. این شرایط به فقدان پروتکل برای ارزیابی و مدیریت درد در خدمات سلامتی و عدم دانش نظری در مورد فیزیوپاتولوژی آن هم‌چنین فقدان روش‌های ارزیابی و گزینه‌های درمانی برای ارائه خدمات به نوزادان در معرض خطر مرتبط شده است [۲۲].

یکی دیگر از عوامل تسهیل‌کننده اجرای مدیریت درد نوزادان وجود خط مشی کنترل درد می‌باشد که اکثر مشارکت‌کنندگان عدم وجود پروتکل را به عنوان یکی از موانع اجرای مدیریت درد ذکر کردند. در مطالعه کانگ و همکاران (۲۰۱۳) نیز نتایج نشان داد که کم‌تر از نیمی از مشارکت‌کنندگان اظهار کردند که پروتکل و گایدلاین درد موجود در بخش آن‌ها مبتنی بر پژوهش می‌باشد [۷]. در مطالعه بیرد و همکاران (۲۰۰۹) نیز فقدان پروتکل‌های مدیریت درد مبتنی بر شواهد به عنوان موانع مدیریت درد گزارش شده است [۱۶].

مطالعات نشان داده است که دیدگاه‌های پرسنل درمانی در مورد مدیریت درد همسو با دستورالعمل‌های جهانی می‌باشد اما به نظر می‌رسد که این دانش برای ایجاد تغییرات در عمل‌کرد بالینی کافی نمی‌باشد و مطالعاتی که برای افزایش سطح دانش پرسنل درمانی انجام شده است تأثیرات بسیار محدودی در مدیریت درد در بالین داشته است. پزشکان دانش و آگاهی بیشتری در مورد اثرات تجربیات دردناک و تکامل راه‌های درد در نوزادان داشتند در حالی که پرستاران در زمینه استفاده از ساکروز خوراکی و مداخلات دارویی دانش بیشتری داشتند [۲۳].

در این مطالعه عدم وجود معیار ارزیابی درد نیز به عنوان موانع اجرای مدیریت درد از سوی مشارکت‌کنندگان معرفی

گردید. مجموعه‌ای از ابزارهای ارزیابی درد جهت استفاده در نوزادان ترم و نارس وجود دارد. با این حال، این ابزارها به علت عدم آگاهی، عدم اولویت‌بندی مدیریت درد، کمبود وقت و عدم اطمینان در مورد اعتبار آن‌ها مورد استفاده قرار نگرفته است [۲۴]. در پژوهش بیرد و همکاران ابزارهای نامناسب ارزیابی درد نوزادان و ناکافی بودن آموزش پرسنل در زمینه استفاده از ابزار بر اساس شرایط نوزاد از دیدگاه پرستاران از موانع مدیریت درد می‌باشد و این عدم آشنایی با ابزار باعث عدم استفاده و بی‌اعتمادی به این ابزار در ارزیابی درد نوزاد بود. ارزیابی درد باید در زمان درست و بر روی بیمار درست و با هدف درست جهت انتخاب درست روش کاهش درد استفاده شود بنابراین برای افزایش سطح کیفیت مراقبت‌ها، هر یک از واحدها باید مناسب‌ترین ابزار ارزیابی درد را انتخاب نمایند [۱۶].

در کنار درون‌مایه عوامل فردی، درون‌مایه عوامل سازمانی بیش‌ترین نقل قول را از سوی مشارکت‌کنندگان مطالعه به خود اختصاص داده بود. مشکلات موجود در مدیریت پرستاری به عنوان عامل بازدارنده بر سر راه پرستاران در اجرای مدیریت درد نوزادان گردیده است. از سوی دیگر نتایج نشان داد که شرایط موجود در سازمان نقش اساسی در افزایش میزان مراقبت‌های نوزادان از جمله مدیریت درد را دارند.

در مطالعه اوزاوا و همکاران (۲۰۱۳) اکثر پزشکان بیان کردند که در بخش‌های کاری آن‌ها شخص خاصی به عنوان ناظر بر عمل‌کرد مدیریت درد وجود ندارد و یک رویکرد سیستماتیک جهت ارزیابی و ارزشیابی مدیریت درد تدوین نشده است. عدم وجود رویکرد سیستماتیک ممکن است به این دلیل باشد که مراقبین بهداشتی در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیش‌تر بر احیا و بقای نوزاد نسبت به کنترل و مدیریت درد تمرکز دارند [۲۵].

شرایط کاری موجود در بخش از عوامل بازدارنده اجرای مدیریت درد توسط پرستاران بیان گردید. در مطالعه‌ای که توسط محبی و عظیم‌زاده (۲۰۱۳) جهت تعیین موانع مهم در اداره غیر دارویی درد کودکان انجام شد، نتایج نشان داد که

این مقاله قسمتی از پژوهش بزرگ‌تر مربوط به رساله دکترای تخصصی نسرین مهنوش به راهنمایی خانم دکتر طاهره اشک تراب و طرح پژوهشی با کد اخلاق SBMU2.REC.1394.89 می‌باشد. پژوهشگران از تمام شرکت‌کنندگان در این پژوهش که با صرف وقت بسیار، علاقه‌مندانه در بحث گروهی شرکت نمودند و نظرات و تجارب خود را در اختیار پژوهشگران قرار دادند سپاس‌گزار می‌نمایند.

### منابع

- [1] Urso AM. The reality of neonatal pain and the resulting effects. *J Neonatal Nurs* 2007; 13: 236-238.
- [2] IM H, Kim E, Park E, Sung K, Oh W. Pain reduction of heel stick in neonates: yakson massage compared to non- nutritive sucking. *J Trop Pediatr* 2007; 54: 31-35.
- [3] Irani H, Esna-Ashari M, Marozi P, Naseri F. Effect of oral glucose on newborn pain intensity in vaccination. *J Gonabad Univ Med Sci* 2005; 11: 5-9 (Persian).
- [4] Roshan PA, Pasha YZ, Ahmadpur M, Ahmadi MH, Mohammadzadeh I, Arzani A. Comparison of sucrose, breast and EMLA cream on acute pain caused by blood sampling in term neonates. *J Babol Univ Med Sci* 2013; 15: 16-23 (Persian).
- [5] Reihani T, Mohebi T, Boskabadi H, Ghulami H, Abadi AGQ. The impact of fetal position during venous blood sampling on pain and physiological indicator in premature infants. *J Evidence-Based Care* 2012; 2: 47-55. (Persian).
- [6] Ballweg D. Neonatal and pediatric pain management: standards and application. *Pediatr Child Health* 2008; 18: S61-S66.
- [7] Cong X, McGrath J, Delancy C, Chen H, Liang S, Vazquez V, et al. Neonatal nurses perceptions of pain management: survey of United States and China. *Pain Manag Nurs* 2013; 1-11.
- [8] Boxwell G. Neonatal intensive care nursing. 2th Edition, London: Rout Ledge Company 2010.
- [9] Cignacco E, Hamers JP, Stoffel L, Lingen RA, Gessler P, McDougall J, Nelle M. The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. *Eur J Pain* 2007; 11: 139-152.
- [10] Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocq S, et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA* 2008; 300: 60-70.
- [11] Byrd PJ, Gonzales I, Parsons V. Exploring barriers to pain management in newborn intensive care units: a pilot survey of NICU nurses. *Adv Neonatal Care* 2009; 9: 299-306.
- [12] Young J, Barton M, Richards-Dawson M, Trotman H. Knowledge, perception and practices of healthcare professionals at tertiary level hospitals in Kingston, Jamaica, regarding neonatal pain management. *West Indian Med J* 2008; 57: 28-32.
- [13] Schultz M, Loughran- Fowlds A, Spence K. Neonatal pain: a comparison of the beliefs and practices of

پرستاران مهم‌ترین مشکلات خود را به ترتیب بالا بودن ساعات کاری، کمبود وقت و سنگینی بار کاری و کمبود پرستل ذکر کردند. همچنین پرستاران به مواردی چون آموزش ناکافی دوران تحصیل، نداشتن دوره‌های بازآموزی مداوم و عدم حضور مادر در حین انجام اقدامات به عنوان موانع به کارگیری روش‌های غیردارویی کنترل درد اشاره کردند [۲۶]. پولکی و همکاران همسو با مطالعه حاضر، در تحقیق خود با هدف توصیف فاکتورهای ارتقاءدهنده و ممانعت‌کننده در به کارگیری روش‌های غیردارویی کنترل درد جراحی در کودکان، به مواردی چون سهل‌انگاری و سستی پرستاران، اعتقادات پرستاران در مورد نقش والدین، عدم توانایی کودک برای بیان درد، سنگینی کار، کمبود وقت و میزان پذیرش و ترخیص بالای بیماران اشاره نمودند [۲۷].

با توجه به مشکلات مطرح شده در اجرای مدیریت درد نوزادان، نیاز به راه‌کارهایی جهت کاهش و یا حذف این مشکلات و موانع احساس می‌شود. یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده‌ی این است که اجرای مدیریت درد تحت تاثیر عوامل متعددی از جمله مشکلات و بازدارنده‌هایی قرار دارد که در عرصه تحت مطالعه نمی‌گذارند اجرای آن در اولویت قرار گیرد. مشکلات عمده‌ی پرستاران بخش NICU در زمینه عدم آموزش نیروی انسانی و عمل‌کرد مدیریتی بود. شایسته است که مدیران با رفع مشکلات نیروی انسانی و بهبود شرایط کاری پرستاران در بخش NICU و رفع چالش‌های زمینه‌ای نظیر تدوین پروتکل و دستورالعمل‌ها، توسعه آموزش مناسب در مورد مدیریت درد نوزادان و کنترل و پایش مناسب، گامی در زمینه‌ی رفع مشکلات اجرای مدیریت درد در بخش NICU بردارند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مشغله کاری پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان اشاره کرد که باعث عدم تشکیل برخی از جلسات گروه متمرکز در زمان اعلام شده می‌شد که نهایتاً با تعویق انجام می‌گرفت.

### تشکر و قدردانی

- measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24: 105-112.
- [21] Polit D, Beck C. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- [22] De Aymar CL, Lima LSd, Dos Santos CM, Moreno EA, Coutinho SB. Pain assessment and management in the NICU: analysis of an educational intervention for health professionals. *J Pediatr (Rio J)* 2014; 90: 308-315.
- [23] Andersen R, Greveâlsdahl M, Jylli L. The opinions of clinical staff regarding neonatal procedural pain in two Norwegian neonatal intensive care units. *Acta Paediatrica* 2007; 96: 1000-1003.
- [24] Akuma AO, Jordan S. Pain management in neonates: a survey of nurses and doctors. *J Adv Nurs* 2012; 68: 1288-1301.
- [25] Ozawa M, Yokoo K. Pain management of neonatal intensive care units in Japan. *Acta Paediatr* 2013; 102: 366-372.
- [26] Mohebbi P, Azimzadeh R. Barrier of implementing non-pharmacological pain management in children and presented interventions by nurses. *Holistic Nurs Midwifery* 2013; 24: 40-48 (Persian).
- [27] Polki T, Laukkala H, Vehvilainen-Julkunen K, Pietila A. Factor influencing nurses' use of non-pharmacological pain alleviation methods in pediatric patients. *Scand J Caring Sci* 2003; 17: 373.
- junior doctors and current best evidence. *J Paediatr Child Health* 2010; 46: 23-28.
- [14] Pölkki T, Korhonen A, Laukkala H, Saarela T, Vehviläinen- Julkunen K, Pietilä AM. Nurses' attitudes and perceptions of pain assessment in neonatal intensive care. *Scand J Caring Sci* 2010; 24: 49-55.
- [15] Latimer MA, Johnston CC, Ritchie JA, Clarke SP, Gilin D. Factors affecting delivery of Evidence- Based procedural pain care in hospitalized neonates. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009; 38: 182-194.
- [16] Cong X, Delaney C, Vazquez V. Neonatal nurses' perceptions of pain assessment and management in NICUs: a national survey. *Adv Neonatal Care* 2013; 13: 353-360.
- [17] Ranjbar H, DehghanNayeri N, Soleimani MA, Chan YH, Haghdoost A. What is the most effective method of pain reduction during intravenous cannulation in children? A systematic review and meta-analysis study. *Koomesh* 2016; 17: 533-546 (Persian).
- [18] Lake SW. Barriers to effective pain management in preterm and critically ill neonates 2013. *Theses and Dissertations Nursing. Paper 7*
- [19] Asgari MR, Mohammadi E, Khoshknab M, Tamadon MR. Hemodialysis patients' perception from nurses' role in their adjustment with hemodialysis: A qualitative study. *Koomesh* 2011; 12: 385-396 (Persian).
- [20] Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and

# Exploring effective factors in the implementation of neonatal pain management from of nurse's perspectives in neonatal intensive care unit: a content analysis

Nasrin Mehrnoush (Ph.D Candidate)<sup>1</sup>, Tahereh Ashktorab (Ph.D)<sup>\*2</sup>, Mohammad Heidarzadeh (M.D)<sup>3</sup>, Sirous Momenzadeh (M.D)<sup>4</sup>

1- Dept. of nursing, International Branch of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Dept. of nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Dept. of neonatology, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

4- Dept. of Anesthesiology Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received: 25 Jan 2016; Accepted: 23 Jan 2017)

**Introduction:** Despite growing knowledge about pain assessment and intervention, neonatal infant pain remains a challenge to neonatal care providers because these infants cannot speak and advocate for themselves. The aim of this study was to explore the effective factors in the implementation of neonatal pain management from of nurse's perspectives in NICU.

**Materials and Methods:** In this qualitative study, a content analysis approach was used. Participants consisted of 25 nurses working in neonatal intensive care unit of Alavi hospital in Ardabil, North east of Iran. Data were collected using four focus group discussions and were analyzed using conventional content analysis.

**Results:** The results of the data analysis eventually led to the creation of two abstract themes that were effective for pain management. The two themes "Individual Factors" and "Organizational Factors" were introduced. First theme contains categories of "Knowledge of the personnel" and "Attitude of the personnel" and the second theme include "Policy of pain control", "Working conditions of nurse" and "Management performance"

**Conclusion:** The findings of this research indicate that the implementation of neonatal pain management has been affected by the problems and obstacles that are not a priority in the field of study about pain management Therefore; there is a need for strategies to reduce or remove these barriers.

**Keywords:** Pain Management, Newborn, Neonatal Intensive Care Units, Qualitative Research

\* Corresponding author. Tel: +98 2188655374

t.ashktorab@sbmu.ac.ir