

· 调查报告 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2024.01.025

我国三甲医院护士疼痛评估循证护理实践横断面调查

刘芳,吴英[△],王丹丹,胡冉,谢君蓉
(陆军军医大学第一附属医院肝胆外科,重庆 400038)

[摘要] **目的** 探讨我国护士疼痛评估循证护理实践现状,通过开展疼痛评估循证护理实践,以期为最大限度缓解患者疼痛提供决策数据。**方法** 采用非概率抽样法,在全国 63 所三甲医院开展线上匿名调查。问卷包括一般资料调查表及疼痛评估循证护理实践量表。其中疼痛评估循证护理实践量表包括疼痛筛查、全面疼痛评估、疼痛评估中与患者及家属的交流、疼痛再评估、疼痛评估工具的选用及记录,5 个维度采用条目均分进行比较,使用 SPSS26.0 进行数据分析。**结果** 回收问卷 1 518 份,其中有效问卷 1 482 份,有效回收率 97.62%。护士疼痛评估循证护理实践得分(108.40±17.96)分,疼痛筛查(12.87±2.23)分,条目均分最高(4.29±0.74)分,与患者及家属的交流(23.69±4.93)分,条目均分最低(3.94±0.82)分。回归分析显示:是否接受疼痛培训、是否区分活动性疼痛和静息性疼痛对实践行为有正向影响($P<0.05$)。**结论** 我国部分三甲医院护士疼痛评估循证护理实践处于中上水平,但对患者及家属的交流较缺乏,管理者应不断丰富培训内容和方式,引导护士加强护患沟通。

[关键词] 护士;疼痛;评估;循证护理;横断面调查

[中图分类号] R192

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-8348(2024)01-0127-06

A cross-sectional survey on evidence-based nursing practice for pain assessment by nurses in China's class 3A hospitals

LIU Fang, WU Ying[△], WANG Dandan, HU Ran, XIE Junrong

(Department of Hepatobiliary Surgery, First Affiliated Hospital of Army Military Medical University, Chongqing 400038, China)

[Abstract] **Objective** To explore the current situation of evidence-based nursing practice in pain assessment by nurses in China to provide the decision-making data for maximizing to relieve the patient pain by carrying out the pain assessment evidence-based nursing practice. **Methods** The non-probability sampling method was used to conduct an online anonymous survey in 63 class 3A hospitals in the whole country. The questionnaire included the general information questionnaire and evidence-based nursing practice scale for pain assessment. The evidence-based nursing practice scale for pain assessment included the pain screening, comprehensive pain assessment, exchange with the patients and their households in the pain assessment, pain re-assessment, pain assessment tool selection and record. The 5 dimensions were compared by using item equalization. The data analysis was performed by the SPSS26.0. **Results** A total of 1 518 questionnaires were recovered, in which 1 482 questionnaires were valid with an effective recovery rate of 97.62%. The evidence-based nurse practice of pain assessment by nurse was (108.40±17.96) points, the pain screening was (12.87±2.23) points, the item average score was the highest [(4.29±0.74)points], the communication with the patients and their household was (23.69±4.93) points and the item average score was the lowest [(3.94±0.82) points]. The regression analysis showed that whether receiving the pain training and whether distinguishing active pain and resting pain had a positive effect on the practical behavior ($P<0.05$). **Conclusion** The evidence-based nursing practice in pain assessment by nurses in the partial class 3A hospitals in China is in the upper medium level. However, the communication between the patients and their families is insufficient. Managers should constantly enrich the training content and methods, and guide nurses to strengthen the communication between nurses and the patients.

[Key words] nurse; pain; assessment; evidence-based nursing; cross sectional survey

疼痛是一种与实际或潜在的组织损伤相关的不愉快感觉、情绪情感体验或与此相似的经历^[1],术后

疼痛位列患者最关心问题的第 2 位,2020 年西班牙 1 项多中心调查发现 73% 的患者经历了术后急性疼痛^[2],国内约 70% 的患者伴有不同程度术后疼痛^[3]。有效的疼痛评估和护理计划可以为护理团队提供决策数据,改善疼痛管理^[4]。疼痛评估循证护理实践是指护理人员将疼痛评估相关科学研究和科学证据应用于临床实践,可以提高患者的满意度,缩短住院时间,节约医疗资源,也是控制疼痛关键的第一步^[5-7]。然而,疼痛是患者的主观体验,较难被护理人员准确及时地识别和评估。因此,本研究对全国部分三甲医院护士疼痛评估循证护理实践现状进行横断面调查,并分析影响因素,通过开展疼痛评估循证护理实践,以期为最大限度缓解患者疼痛提供决策数据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

国家三级甲等医院临床在岗护士。纳入标准:(1)年龄 18~55 岁;(2)已取得护士执业证书且从事护理工作满 1 年;(3)自愿参与调查。排除标准:(1)目前脱离临床一线工作;(2)外出进修及休产假的护士;(3)实习及规培护士。

1.2 测量工具

(1)一般资料调查表:经查询文献后自行设计。包括性别、年龄、职称、学历、身份、工作科室、工作年限、是否接受疼痛护理培训、所在科室是否建立疼痛评估制度、医生对疼痛治疗的支持程度、是否将疼痛列为第五生命体征、是否区分活动性和静息性疼痛等。(2)疼痛评估循证护理量表:由黎晓艳^[6]编制,量表总 Cronbach's α 系数为 0.946,重测信度为 0.89,具有良好的信效度。量表分为 A、B 两个部分,5 个维度 26 个条目,包括疼痛筛查(3 个条目)、全面疼痛评估(6 个条目)、疼痛评估中与患者及家属的交流(6 个条目)、疼痛再评估(4 个条目)、疼痛评估工具的选用及记录(6 个条目)。采用 Likert5 级评分法。问卷 A 部分评价护士的疼痛评估循证护理实践过程中与条目描述内容的符合程度,分为 5 个等级(5 分:总是符合;4 分:大部分时候符合;3 分:有些时候符合;2 分:偶尔符合;1 分:从不符合),总分为 26~130 分,得分越高表示其实践行为越好。问卷 B 部分为评价护理实践工作中使用疼痛评估循证护理实践的可行性,分为 5 个等级(5 分:完全可行、4 分:较为可行、3 分:不确定、2 分:不太可行、1 分:完全不可行),总分为 26~130 分,得分越高表示可行性越好。

1.3 方法

所有测评由研究者本人完成,采用非概率抽样法,于 2020 年 5—6 月对全国 63 所三甲医院护士进行调查。根据 Kendall 样本量计算公式^[6]:样本量为量表条目数的 5~10 倍,考虑 20%~30% 的脱落率,本研究最低样本量 156 例。研究者将调查问卷发布在网络平台问卷星中形成线上问卷,数据仅供研究者下载分析。研究方案经陆军军医大学第一附属医院

伦理委员会审批通过(编号:AIIIT2023009KX)。本研究在问卷星平台中设置每个微信号限填 1 次、设置测谎题(将两道相同题目放在问卷前后不同位置,剔除作答不一致的问卷)。研究对象为自愿参与,签署电子知情同意书,采取匿名的方式保护护士隐私。

1.4 统计学处理

数据导出到 Excel 表,双人双遍录入核对,采用 SPSS26.0 软件进行统计分析,行秩和检验、卡方检验、回归分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 三甲医院护士人口学资料和专业情况

研究共调查 1 518 名护士,收回调查问卷 1 482 份,有效回收率为 97.62%。其中 23.69% 的护士承担疼痛护理专科角色,74.90% 的科室将疼痛列为第五生命体征,73.48% 的科室建立有疼痛方面的规章制度,56.48% 的科室医生对疼痛治疗非常支持,58.64% 的护士接受过疼痛护理培训,64.84% 的科室要求护士区分患者活动性和静息性疼痛,详见表 1。

表 1 护士人口学资料和专业情况($n=1\ 482$)

项目	人数 (n)	百分比 (%)
性别		
男	38	2.56
女	1 444	97.44
年龄		
<31 岁	800	53.98
31~40 岁	560	37.79
>40 岁	122	8.23
职称		
初级	1 106	74.63
中级	312	21.05
高级	64	4.32
学历		
专科	369	24.90
本科	1 090	73.55
硕士及以上	23	1.55
身份		
疼痛小组成员	176	11.88
疼痛护理骨干	28	1.89
普通床边护士	1 131	76.31
疼痛小组成员 & 疼痛护理骨干	25	1.69
疼痛小组成员 & 普通床边护士	98	6.61
疼痛护理骨干 & 普通床边护士	3	0.20
疼痛小组成员 & 疼痛护理骨干 & 普通床边护士	21	1.42
工作科室		
外科	720	48.58
内科	482	32.52
专科(康复科、疼痛科)	125	8.44
急危重症科	155	10.46
工作年限		
<6 年	515	34.75

续表 1 护士人口学资料和专业情况 (n=1 482)

项目	人数 (n)	百分比 (%)
6~10 年	491	33.13
>10~15 年	238	16.06
>15~20 年	134	9.04
>20 年	104	7.02
是否将疼痛列为第五生命体征		
是	1 110	74.90
否	372	25.10
所在科室是否建立疼痛护理评估制度		
是	1 089	73.48
否	393	26.52
医生对疼痛治疗的支持程度		
非常支持	837	56.48
基本支持	467	31.51
不确定	178	12.01
是否接受疼痛护理培训		
是	869	58.64
否	613	41.36
是否区分患者活动性疼痛和静息性疼痛		
是	961	64.84
否	521	35.16

2.2 护士疼痛评估循证护理实践行为及可行性得分

1 482 名护士疼痛评估实践行为得分(108.40±17.96)分,其中疼痛筛查均分最高[(4.29±0.74)分],与患者及家属的交流均分最低[(3.94±0.82)分],在实践行为和可行性方面,虽然各维度条目均分有改变,但排名未发生变化,按降序排名为:疼痛筛查、全面疼痛评估、评估工具的选用及记录、疼痛再评估、疼痛评估中与患者及家属的交流,见表 2。

2.3 我国部分三甲医院护士疼痛评估循证护理实践行为影响因素分析

2.3.1 按人口学、专业知识分类对疼痛评估循证护理实践行为影响的分析

结果显示:在年龄、职称、工作科室、工作年限、是否接受疼痛培训、是否区分患者活动性疼痛和静息性疼痛方面差异存在统计学意义(P<0.05),见表 3。

2.3.2 按人口学、专业知识分类组间疼痛评估循证实践行为两两比较分析

结果显示:年龄方面,与>31 岁的护士相比<31 岁的护士实践行为得分较高;职称方面,与初级职称护士相比中级职称护士得分较高;科室方面,与外科、内科、专科护士相比急危重症科护士得分较高;工作年限方面,与工作>11 年的护士相比工作<6 年的护士得分较高。见表 4。

表 2 护士疼痛评估循证实践行为与可行性得分 (n=1 482)

项目	条目(个)	实践行为($\bar{x}\pm s$,分)		可行性($\bar{x}\pm s$,分)	
		得分	条目均分	得分	条目均分
疼痛筛查	3	12.87±2.23	4.29±0.74	13.69±1.63	4.56±0.54
全面疼痛评估	6	25.64±4.32	4.27±0.72	27.12±3.31	4.52±0.55
与患者及家属的交流	6	23.69±4.93	3.94±0.82	26.10±3.83	4.35±0.64
疼痛再评估	4	16.77±3.07	4.19±0.77	17.84±2.44	4.46±0.61
评估工具的选用及记录	7	29.43±5.26	4.20±0.75	31.28±4.07	4.47±0.58
总分		108.40±17.96		116.03±13.98	

表 3 护士人口学、专业知识分类总体(多组)对实践行为得分比较 (n=1 482)

项目	人数	平均秩	Z/ χ^2	P
性别			-0.258	0.796
男	38	759.18		
女	1 444	741.03		
年龄			15.204	<0.001
<31 岁	800	775.98		
31~40 岁	560	716.11		
>40 岁	122	631.97		
学历			2.815	0.245
专科	369	773.84		
本科	1090	730.79		
硕士及以上	23	730.30		
职称			6.794	0.033

续表 3 护士人口学、专业知识分类总体(多组)对实践行为得分比较 (n=1 482)

项目	人数	平均秩	Z/ χ^2	P
初级	1106	725.57		
中级	312	779.80		
高级	64	830.06		
工作科室			13.937	0.003
外科	720	745.01		
内科	482	702.54		
专科	125	737.82		
急危重症科	155	849.33		
工作年限			19.872	0.001
<6 年	515	786.60		
6~10 年	491	760.00		
>10~15 年	238	685.10		

续表 3 护士人口学、专业知识分类总体(多组)对实践行为得分比较($n=1\ 482$)

项目	人数	平均秩	Z/ χ^2	P
>15~20 年	134	684.63		
>20 年	104	633.13		
接受疼痛护理培训			-8.685	<0.001
是	869	822.45		
否	613	626.74		
医生支持程度			0.961	0.619
非常支持	837	735.77		
基本支持	467	757.08		
不确定	178	727.57		
疼痛列为第五生命体征			-0.939	0.348
是	1110	747.54		
否	372	723.49		
建立疼痛制度			-0.985	0.325
是	1089	748.07		
否	393	723.31		
区分患者活动性疼痛和静息性疼痛			-13.913	<0.001
是	961	855.20		
否	521	531.78		

表 4 按人口学、专业知识分类组间疼痛评估实践行为两两比较($n=1\ 482$)

项目	类别		平均秩		Z	P
	I类	J类	I类	J类		
年龄	<31 岁	31~40 岁	702.96	648.42	-2.525	0.012
		>40 岁	473.52	382.68	-3.516	<0.001
	31~40 岁	>40 岁	348.19	310.80	-1.902	0.057
职称	初级	中级	698.11	749.86	-1.975	0.048
		高级	580.96	664.02	-1.915	0.056
	中级	高级	186.44	198.55	-0.814	0.416
工作科室	外科	内科	615.48	580.62	-1.709	0.088
		专科	423.57	419.71	-0.164	0.870
	内科	急危重症科	426.96	489.29	-2.790	0.005
		专科	301.03	315.45	-0.820	0.412
工作年限	<6 岁	6~10 岁	511.88	494.71	-0.939	0.348
		>10~15 岁	392.97	342.45	-2.969	0.003
		>15~20 岁	334.63	287.99	-2.570	0.010
	6~10 岁	>10~15 岁	321.12	254.91	-3.450	0.0010
		>15~20 岁	376.87	340.51	-2.190	0.029
		>20 岁	319.66	288.58	-1.770	0.077
		>20 岁	306.76	256.64	-2.705	0.007
>10~15 岁	>15~20 岁	186.23	186.98	-0.065	0.948	
	>20 岁	174.41	164.84	-0.825	0.410	
>15~20 岁	>20 岁	123.59	114.24	-1.040	0.298	

2.3.3 护士疼痛评估实践行为影响因素回归分析

将因变量实际总得分按照得分低(<90 分)、中(90~110 分)、高(>110 分)划为三个水平,分别用 0、1、2 表示,以年龄、职称、工作科室、工作年限、是否接受疼痛护理培训、是否区分患者活动性疼痛和静息性疼痛为自变量,进行 logistic 回归分析,结果表明:是否接受培训、是否区分活动性疼痛和静息性疼痛对疼痛评估循证实践得分的影响有统计学意义($P < 0.05$)。接受疼痛护理培训组估计值为 0.620,优势比为 $\exp(0.620) = 1.859$,说明接受培训更容易得到高分,约为其 1.859 倍。区分活动性疼痛和静息性疼痛组估计值为 1.122,优势比为 $\exp(1.122) = 3.071$,说明区分活动性疼痛和静息性疼痛更容易得到高分,约为其 3.071 倍。见表 5。

表 5 护士人口学和专业知识的实践行为得分的 logistic 回归($n=1\ 482$)

项目	估计	标准误	Wald	显著性
阈值				
实践水平 = 0	-0.734	0.438	2.812	0.094
实践水平 = 1	1.282	0.439	8.537	0.003
位置				
年龄=1	0.346	0.405	0.730	0.393
年龄=2	0.470	0.372	1.600	0.206
年龄=3	—	—	—	—
职称=1	-0.318	0.324	0.966	0.326
职称=2	-0.164	0.358	0.211	0.646
职称=3	—	—	—	—
工作科室=1	-0.137	0.254	0.290	0.590
工作科室=2	-0.322	0.222	2.108	0.146
工作科室=3	-0.348	0.320	1.186	0.276
工作科室=4	—	—	—	—
工作年限=1	0.451	0.436	1.069	0.301
工作年限=2	0.234	0.414	0.318	0.573
工作年限=3	-0.075	0.412	0.033	0.856
工作年限=4	-0.021	0.382	0.003	0.955
工作年限=5	—	—	—	—
接受培训=1	0.620	0.108	32.815	<0.001
接受培训=2	—	—	—	—
区分活动性疼痛和静息性疼痛=1	1.122	0.111	102.036	<0.001
区分活动性疼痛和静息性疼痛=2	—	—	—	—

—:无数据。

3 讨 论

3.1 护士疼痛评估循证护理实践处于中上水平,对疼痛筛查和全面疼痛评估掌握较佳而缺乏与家属及患者的沟通

疼痛评估循证护理实践是指护士将疼痛评估相关研究和科学结论应用于评估实践中^[5]。由表 2 可

知,1 482 名护士的实践行为总分为(108.40±17.96)分,高于吴宣等^[8]在武汉市的调查(105.20±7.70)分,可能因为本研究 74.9%科室将疼痛列为第五生命体征和 73.48%科室有疼痛管理相关工作制度,重视对患者的疼痛管理。本研究中疼痛筛查均分最高(4.29±0.74)分,这表明护士在实践中疼痛筛查做得最好,因为有明确指南^[9]提到当患者入院时、病情变化时、接受有创操作时、医护人员每次查房要筛查患者是否存在疼痛;护士将疼痛筛查的时机熟记于心,可能与疼痛越来越普遍化,疼痛护理质量得到重视有关^[10]。全面疼痛评估均分较高(4.27±0.72)分,这可能因为有明确指南建议护士进行全面疼痛评估。

疼痛纯属主观感受,患者主诉是评估疼痛的金标准^[11]。本研究与患者及家属的交流均分最低(3.94±0.82)分,这与吴宣等^[8]的研究结果相似。护士工作繁重,护患沟通少,仅通过观察患者面部表情、功能活动及工作经验进行疼痛评估,忽略患者主诉,导致疼痛评估不客观,带有护士的主观判断^[12];患者、家属缺乏疼痛管理的知识、存在错误观念,护士应充分评估患者及家属疼痛管理的知识及理念,发现其态度上的偏差,并鼓励患者及家属参与疼痛管理。

3.2 护士疼痛评估循证护理实践的影响因素

3.2.1 年龄、工作年限、职称、工作科室不同疼痛评估循证护理实践得分不同

在单因素分析中不同年龄、工作年限、职称、工作科室在疼痛评估循证护理实践得分上差异存在统计学意义($P<0.05$),将其进行 logistic 回归分析,结果显示年龄、工作年限、职称、工作科室未进入回归模型($P>0.05$)。本研究结果显示 31 岁以下、工作在 6 年以内的护士实践行为得分较高,这可能因为年轻护士思维敏锐,对科研知识接受能力强,管理者应充分利用年轻护士的优势,重视对年轻护士的培训,鼓励其积极参加学科相关的学术会议和科研讲座^[13],促进疼痛评估循证护理指南向临床实践转化。初级职称护士实践行为得分较低,可能与初级职称护士缺乏疼痛评估知识有关^[14],这提示管理者可以开展以中、高级职称为带教的培训模式。急危重症科护士实践行为得分较其他科室高,因为疼痛是重症病房的常见症状,36%的患者有疼痛感受^[15],急危重症科护士通过科室教育及临床实践获得疼痛知识较其他科室多,因此,在条件允许时,应多为其他科室护士提供参观学习的机会。

3.2.2 接受疼痛培训促进护士疼痛评估循证护理实践行为

研究表明有过疼痛培训经历的护士在实践行为中更容易获得高分($P<0.05$)。培训后护士疼痛管理知识和态度均能得到显著提高^[16],本研究结果显示仅有 58.64%的护士接受过疼痛培训,说明护士对疼痛培训的需求量大;初级职称的护士实践行为得分低于中级职称护士,管理者应多开展疼痛知识培训,向初

级职称的护士提供适宜的交流学习机会,不断进行知识强化和更新。王金燕等^[17]的研究表明通过授课、讨论、实践、考核等方式进行疼痛培训,可以提高护士疼痛评估知识及技能水平,管理者应创立护士疼痛教育项目,培养适合中国国情的疼痛专科护士^[18]。

3.2.3 区分活动性与静息性疼痛有助于护士疼痛评估循证护理实践行为的提高

研究表明,区分活动性疼痛和静息性疼痛在实践行为中得分更高($P<0.05$)。静息性疼痛多指无外在刺激的自发性疼痛,活动性疼痛多指有外界刺激或活动导致的诱发性疼痛,活动性疼痛的程度远比静息性疼痛要高^[19],据 YING 等^[20]的调查显示,71.2%的护士没有关注疼痛对患者功能活动的影响,本研究 64.84%的护士关注了患者的活动性与静息性疼痛,但疼痛评估实践行为得分不高,这说明护士未对患者的活动与静息性疼痛采取有效的干预措施,这不利于患者疼痛管理。2016 年美国疼痛协会术后疼痛管理指南推荐^[21]护士应同时评估患者的活动(散步、起床、坐下)和静息性(休息、睡觉)疼痛,并把活动性疼痛评估当成日常工作的一部分。科室应该建立明确工作制度,让护士采取有效措施缓解患者活动和静息性疼痛。

4 小 结

护士作为疼痛评估循证护理实践的主要成员,其疼痛评估实践水平是有效疼痛管理的先决条件。本研究结果表明我国部分三甲医院护士疼痛评估循证护理实践处于中上水平,欠缺与患者及家属的交流,管理者需要重视护患沟通,为护理人员提供多模式的培训学习机会,建立活动和静息性疼痛相关工作制度,以期为广大患者提供更优质的疼痛管理。

(致谢本研究各协作单位:陆军军医大学第一附属医院,陆军军医大学第二附属医院,陆军军医大学第三附属医院,荆州市中心医院,贵州医科大学附属医院,湖南师范大学附属医院,重庆市垫江县人民医院,陆军第九五八医院,解放军总医院第一医学中心,重庆市人民医院,海南省中医院,空军军医大学唐都医院,重庆市涪陵中心医院,同济医院,重庆医科大学附属儿童医院,江油市人民医院,宁夏回族自治区人民医院,重庆市长寿区人民医院,乐山市人民医院,重庆市渝北区人民医院,泸州市中医院,浙江大学医学附属邵逸夫医院,四川大学华西医院,首都医科大学附属北京地坛医院,深圳市第二人民医院,杭州市中医院,海南医学院第二附属医院,潮州市第一人民医院,莆田市第一医院,西京医院,成都市第五人民医院,德阳市人民医院,绍兴市人民医院,重庆医科大学附属第一医院,陆军第九二五医院,中南大学湘雅医院,空军特色医学中心,内蒙古医科大学附属医院,亳州市人民医院,青海省人民医院,温岭市第一人民医院,大连医科大学附属第二医院,武汉大学人民医院东院,解放军总医院第五医学中心,武汉大学人民医

院,承德市医院,浙江大学附属第四医院,北京协和医院,四川省人民医院,中南大学湘雅三医院,浙江省中医院,资阳市第一人民医院,重庆大学附属三峡医院,贵州省黔东南州人民医院,德阳市人民医院,遵义医科大学附属医院,重庆市南川区人民医院,湖州第一人民医院,陕西省人民医院,泸州市中医院,烟台硫磺顶医院,西安市胸科医院,北京大学第一医院。)

参考文献

- [1] 宋学军,樊碧发,万有,等. 国际疼痛学会新版疼痛定义修订简析[J]. 中国疼痛医学杂志,2020,26(9):4.
- [2] LUIS M T, MANUEL J, RAFAEL S, et al. A patientbased national survey and prospective evaluation of postoperative pain management in Spain: prevalent but possibly preventable[J]. Pain Med,2020,21(5):1039-1048.
- [3] 陈丽琼,吴斌,洪阿梅,等. 术后急性疼痛的现状调查[J]. 临床麻醉学杂志,2021,37(11):1200-1203.
- [4] Christine B, Erin C, J. D B, et al. Strategic team engagement for successful documentation of pain management [J]. J Clin Oncol, 2022, 40 (Suppl. 28):53.
- [5] 宴蓉,李素云,刘云访. 210 名外科护士循证护理能力现状及影响因素分析[J]. 护理学报,2019,26(6):47-50.
- [6] 黎晓艳. 护士疼痛评估循证护理实践问卷的研制及应用[D]. 杭州:杭州师范大学,2017.
- [7] KIM Y S, PARK J M, MOON Y S, et al. Assessment of pain in the elderly: a literature review[J]. Nalt Med India,2017,30(4):203-207.
- [8] 吴宣,赵欣茹,刘义兰,等. 护士疼痛评估循证护理实践现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志,2020,35(5):66-68.
- [9] Registered Nurses' Association of Ontario. Assessment and management of pain[M]. Toronto:Registered Nurses' Association of Ontario,2013.
- [10] 王金燕,王珍,朱群等. 疼痛专业学组护士培训前后认知调查与培训管理效果分析[J]. 齐鲁护理杂志,2023,29(1):165-167.
- [11] 赵丹,杨艳,富晶晶. 可穿戴设备在疼痛管理中的应用进展[J]. 中国护理管理,2023,23(1):157-160.
- [12] 王翠云,芮宏霞,丁萍,等. 某三级甲等医院护士疼痛管理知识及培训需求的调查分析[J]. 全科护理,2020,18(29):4044-4046.
- [13] 林思婷,殷果,李泽楷. 临床护士职业成功感现状及其影响因素研究[J]. 循证护理,2022,8(2):256-260.
- [14] 陈蕾,江雪莲. 神经内科护士疼痛知识、疼痛护理态度及行为的调查分析[J]. 湖北医药学院学报,2020,39(2):191-194.
- [15] KEMP I H, LAYCOCK H, COSTELLO A, et al. Chronic pain in critical care survivors:a narrative review[J]. Br J Anaesth,2019,123(2):372-384.
- [16] LIU X, LI L, WANG L, et al. Implementation and evaluation of a pain management core competency education program for surgical nurses [J]. Int J Nurs Sci,2020,8(1):51-57.
- [17] 王金燕,王珍,朱群,等. 疼痛专业学组护士培训前后认知调查与培训管理效果分析[J]. 齐鲁护理杂志,2023,29(1):165-167.
- [18] 田川,赵菁. 临床护士慢性疼痛评估现状及影响因素分析[J]. 护士进修杂志,2023,38(2):179-182.
- [19] 耿寒,孙兆菲,韩倩. 活动性疼痛评估联合心理疏导在肝癌手术患者护理中的应用[J]. 河南医学研究,2022,31(20):3829-3831.
- [20] YING G T, KONSTANTATOS A H, CAI F Z, et al. A cross-sectional exploratory survey of knowledge, attitudes and daily self-reported pain assessment practice among nurses in mainland China [J]. Pain Med, 2013 (10): 1468-1476.
- [21] CHOU R, GORDON D B, LEON-CASASOLA O D, et al. Management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, executive commit[J]. J Pain,2016,17(2):131-157.

(收稿日期:2023-06-22 修回日期:2023-10-13)

(编辑:石芸)