مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره ۳، شماره ۱، بهار ۱۳۸۹
صفحات: ۲۳ تا ۲۸

مقایسه برآورد درد توسط بیماران و پرستاران تریاژ

معصومه مدانلو* MSc، نعیمه سیدفاطمی[۱] PhD، فریده باستانی[۱] PhD، حمید پیروی[۱] PhD،
ناصر بهنام‌پور[۲] MSc، مسلم حسام[۲] MSc، حبیب عبداللهی[۳] MSc

*دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

[۱]دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

[۲]دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان، گرگان، ایران

[۳]دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان، گرگان، ایران

چکیده

اهداف: کنترل درد توسط تیم درمانی وابسته به برآورد صحیح آنان از درد است. درد تجربه‌ای شخصی است و تجربه قبلی فرد از آن بر اعتبار گزارش فرد از درد تاثیر می‌گذارد. این مطالعه با هدف مقایسه برآورد بیماران با پرستاران تریاژ بخش اورژانس از درد طراحی و اجرا شد.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی روی بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس مرکز آموزشی و درمانی ۵ آذر گرگان و ۱۶ پرستار تریاژ بخش اورژانس، در سال ۱۳۸۶ انجام شد. ۱۰۰ نمونه به‌روش مبتنی بر هدف وارد پژوهش شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و "مقیاس سنجش عددی درد" بود. ابتدا پرستار تریاژ در بدو ورود شدت درد بیمار را ثبت نمود. بیمار نیز شدت درد خود را با استفاده از مقیاس NRS تحت نظارت کمک‌پژوهشگر بیان و ثبت نمود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری ویلکاکسون و ضریب همبستگی اسپیرمن در نرم‌افزار SPSS 16 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: حداقل نمره شدت درد ثبت شده توسط بیماران ۵ بود؛ ۹۰٪ بیماران برآورد شدید از درد خود داشتند. هرچه برآورد بیماران از درد افزایش یافت، پرستاران شدت درد را کمتر گزارش کردند و بالعکس، وقتی بیمار شدت درد را کمتر برآورد کرد، پرستاران شدت درد را بیشتر برآورد کردند. میانگین نمره شدت درد ثبت‌شده توسط پرستاران (۲/۱±۷/۶۰) کمتر از شدت درد ثبت‌شده توسط بیماران (۱/۲۶±۹/۱۳) و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: برآورد بیماران از درد و پرستاران بخش تریاژ همخوانی ندارد و در بسیاری مواقع برعکس یکدیگر است.

کلیدواژه‌ها: درد، پرستار، تریاژ، اورژانس، مقیاس سنجش عددی درد

Comparison of pain assessment by patients and triage nurses

Modanloo M.* ***MSc*****, Seyyed Fatemi N.[1]** ***PhD*****, Bastani F.[1]** ***PhD*****, Peyravy H.[1]** ***PhD*****,**
Behnampoor N.[2] ***MSc*****, Hesam M.[2]** ***MSc*****, Abdollahi H.[3]** ***MSc***

*Faculty of Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[1]Faculty of Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2]Faculty of Paramedicine, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
[3]Faculty of Nursing & Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Abstract

Aims: Excellence in pain assessment is crucial for pain management. Pain is a subjective and individual phenomenon and patients' assessment can be affected by their experiences. The purpose of this study was to compare the pain assessment of patients and triage nurses of emergency ward.

Methods: This descriptive cross-sectional study performed on patients referred to 5-e-Azar hospital of Gorgan in 2007 and 16 nurses of triage area in emergency ward. 100 patients selected by purposive sampling method. Data was collected by a questionnaire of demographic information and numeric rating scale (NRS) of pain. At first, the triage nurse was rated the patient's pain based on history taking. Separately, researchers asked patients to rate their pain intensity in triage. Gathered data were analyzed by using Wilcoxon and Spearman correlation coefficient in SPSS 16 software.

Results: The minimum patients' pain intensity score was 5. 90% of patients assessed their pain as severe. By increasing the estimate of patients from their pain, the nurses reported less pain and vice versa, when the patients estimated less pain, the nurses estimated it more. Patients' average pain intensity score was 9.13±1.26 and triage nurses' ratings were significantly lower (7.60±2.1; p<0.001).

Conclusion: Estimation of patients and triage nurses from pain is inconsistent and in many cases, contrary to one another.

Keywords: Pain, Nurse, Triage, Emergency, NRS

نویسنده مسئول: معصومه مدانلو. تمام درخواست‌ها باید به نشانی m.modanloo@stu.iums.ac.ir فرستاده شوند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۹/۲۹ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۱۹

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-04]

مقدمه

درد یکی از شایع‌ترین دلایل مراجعه بیماران به بخش اورژانس است [۱، ۲]، به‌طوری‌که بیش از یک‌سوم بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس و ۲۵٪ بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی از درد متوسط تا شدید شکایت دارند [۳، ۴]. یکی از دلایل شیوع درد شدید در بیماران می‌تواند بررسی و اندازه‌گیری نامناسب آن باشد [۵]، چراکه از فاکتورهای مهم در کنترل موثر درد بیماران، برآورد صحیح و دقیق آن است [۶]. از دیگر مشکلات بالینی بیماران بستری، درمان نامناسب درد به‌دلیل برآورد نامناسب میزان درد است [۵، ۷، ۸]. پزشکان و پرستاران، مسئول کنترل درد بیماران هستند. پس از اینکه درد توسط بیمار گزارش می‌شود، پزشک مربوطه تصمیم می‌گیرد که چه مسکنی را با چه دوز و چه فاصله زمانی تجویز نماید و پرستار تعیین می‌کند که آیا داروی ضددرد تجویزشده را اجرا نماید یا خیر؛ تصمیم منطقی و کنترل موثر درد تنها با برآورد دقیق و درست آن میسر است [۹، ۱۰]. پرستاران به‌دلیل ارتباط نزدیک‌تر و بیشتر با بیمار نسبت به سایر اعضای تیم درمانی، نقش کلیدی‌تری در کنترل درد بیماران ایفا می‌کنند [۵، ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۳]. ولی از آنجاکه درد پدیده‌ای ذهنی، فردی و بسیار پیچیده و چندبعدی است که غالبا در محیط‌های بالینی شدت آن توسط فرد دیگری غیر از خود بیمار برآورد و ثبت می‌شود [۵، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷]. از طرفی درد یکی از مشکلات بالینی متداول است چراکه واکنش بیمار به درد وابسته به‌عوامل متعدد است و کنترل ناموفق آن منجر به عدم‌رضایت بیمار از درمان خواهد شد [۱۸].

مطالعات زیادی نشان می‌دهند که برآورد شدت درد توسط پرستاران با دردی که بیماران تجربه می‌کنند هماهنگ نیست [۶، ۱۲، ۱۳، ۱۶، ۱۷] که این عدم توافق می‌تواند وابسته به مهارت فرد برآوردکننده درد یا اعتبار ابزار سنجش درد باشد [۵]. باید توجه داشت که درد تجربه‌ای ذهنی است و عوامل متعددی از جمله تفاوت‌های فرهنگی و قومی پرستار و بیمار بر صحت برآورد آن تاثیر می‌گذارد [۱۱]. بنابراین گزارش بیمار قابل‌اعتمادترین و دقیق‌ترین شاهد برای وجود درد و شدت آن است و به‌عنوان استانداردی طلایی از آن یاد می‌شود [۶، ۱۶، ۱۹]. صحت برآورد درد و درمان مناسب آن چالش و مشکل بالینی به‌خصوص در بخش‌های اورژانس است. شواهد بیانگر این موضوع است که افراد تیم درمانی درد بیماران خود را در بیش از ۵۰٪ موارد بیشتر و یا کمتر از میزانی که بیماران گزارش کرده‌اند، برآورد می‌کنند [۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۰]. مطالعاتی که در بیماران پس از عمل جراحی انجام شده، نشان می‌دهد که پزشکان غالبا کمتر از مقدار مورد نیاز بیماران داروی ضددرد تجویز می‌نمایند [۲۱، ۲۲] و پرستاران نیز گاهی کمتر از همین مقدار تجویز شده، را برای بیمار اجرا می‌کنند؛ این میزان تفاوت در مطالعات قبلی ۲۵٪ گزارش شده است [۲۳]. دقت و صحت برآورد درد بیماران توسط پرستاران سایر بخش‌ها از بخش اورژانس کمتر است [۴]. پرستاران گاهی شدت درد بیماران را بیش از خود بیماران برآورد می‌کنند ولی بیشتر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که پرستاران درد بیماران را کمتر برآورد می‌کنند [۱۲، ۱۳، ۱۷، ۱۸]. گزارش‌های مختلفی در مورد عدم توافق و همسانی برآورد درد توسط بیمار و پرستار وجود دارد که این میزان بین ۴۳ تا ۷۰٪ متغیر است [۶، ۱۳]. از طرفی در بسیاری از موارد، دردی که توسط بیمار گزارش می‌شود مجددا توسط اعضای تیم درمانی براساس ویژگی‌های بیماری و ویژگی‌های دموگرافیک بیمار یا درمانگر تفسیر می‌شود [۷، ۱۰]. به‌طوری‌که مطالعات نشان می‌دهند سن، جنس، نوع و مرحله بیماری بیمار بر برآورد پرستار از درد بیمار تاثیر می‌گذارد [۵، ۱۷]. عواملی نظیر دانش پرستار در مورد درد و روش‌های کنترل آن به اندازه مهارت وی در برآورد شدت درد در کنترل درد بیماران تاثیرگذار است [۷، ۱۱، ۱۶، ۲۴]. به‌طوری‌که مطالعات گسترده‌ای نشان می‌دهد که شرکت پرستاران در برنامه‌های آموزشی کنترل درد، منجر به افزایش میزان تجویز ضددرد توصیه‌شده در بیماران بعد از عمل جراحی می‌شود [۹].

عدم موفقیت در کنترل درد بیماران، منجر به آسیب سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و روحی آنان می‌شود [۲۵]، به‌طوری‌که شیوع مشکلات روانی نظیر افسردگی و اضطراب در افرادی که از درد مزمن رنج می‌برند نسبت به افراد عادی بیشتر است [۲۶]. مشکلات دیگری چون افزایش طول درمان، عوارض بیماری و عوارض درمان و کاهش تمرکز، اشتها، فعالیت‌های جسمی و ارتباطات اجتماعی و اختلال خواب و کیفیت پایین زندگی به‌طور معنی‌داری در افرادی که درد آنان کنترل نمی‌شود بالاتر است [۷، ۲۷]. با توجه به اینکه درد شکایت اصلی مراجعان بخش اورژانس است و با بررسی صحیح درد بیماران، می‌توان مداخله مناسب‌تری برای کنترل درد و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی آنان انجام داد، پژوهش حاضر با هدف مقایسه برآورد بیماران از درد با برآورد پرستاران تریاژ بخش اورژانس طراحی و اجرا شد.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی- تحلیلی در سال ۱۳۸۶ روی ۱۰۰ بیمار مراجعه‌کننده به بخش اورژانس مرکز آموزشی- درمانی ۵ آذر شهر گرگان و ۱۶ پرستار که مسئولیت مراقبت از آنان را به عهده داشتند، صورت گرفت. نمونه‌گیری بیماران به‌روش مبتنی بر هدف با در نظر داشتن ملاک‌های پذیرش و حذف نمونه انجام شد. بدین ترتیب، بیمارانی که با شکایت درد به اورژانس مراجعه کرده بودند، سن بالای ۱۵ سال داشتند، قادر به همکاری و استفاده از NRS بودند و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، وارد مطالعه شدند. کاهش سطح هوشیاری، نقص‌های شناختی و زبانی و بی‌قراری ملاک حذف نمونه‌ها بود.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه راهنمای ثبت اطلاعات جمعیت‌شناختی بیمار و پرستار و مقیاس سنجش عددی (NRS) درد بود. مشخصات بیمار شامل جنس، سن، قومیت و مشخصات درد از قبیل نوع، محل و شدت درد و مشخصات پرستار شامل جنس، سن، مدت اشتغال در محیط‌های بالینی، سابقه کار در بخش اورژانس و سابقه بستری در بخش اورژانس ثبت شد.

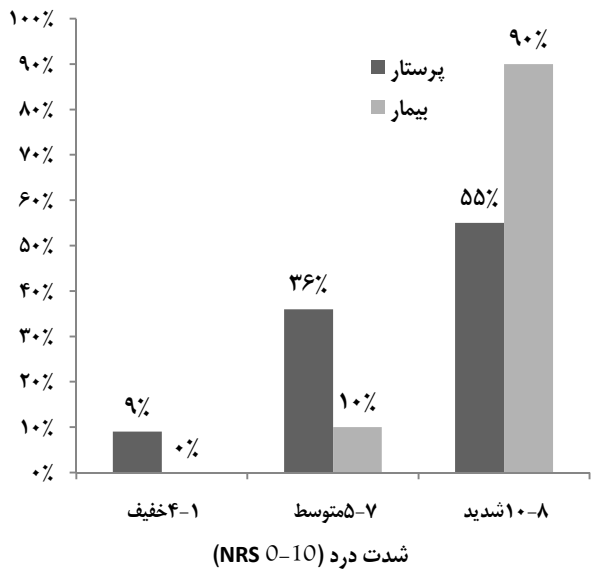
[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-04]

NRS متکی به خودگزارش‌دهی بیمار است و در ابتدا و انتهای آن از دو واژه "بدون درد" معادل درجه صفر و "شدیدترین درد ممکن" معادل درجه ۱۰ استفاده شده است. نمره ۸ و بیشتر در این مقیاس به‌عنوان درد شدید، نمره ۵ تا ۷ درد متوسط و کمتر از ۵ درد خفیف درنظر گرفته می‌شود. پایایی و روایی این ابزار به‌عنوان" استاندارد طلایی" در اندازه‌گیری شدت درد قبلا در جامعه بیماران بخش اورژانس و سایر بخش‌ها تایید شده است [۲۸]. برای جمع‌آوری داده‌ها ابتدا پرستار تریاژ (که مسئولیت پذیرش و مراقبت از بیمار را به‌عهده داشت) در بدو ورود بیمار براساس بررسی بیمار به‌منظور انجام مداخلات پرستاری و شرح حال اخذشده، شدت درد بیمار را براساس نمره صفر تا ۱۰ در پرونده وی ثبت نمود. بیمار نیز درد خود را با استفاده از مقیاس NRS تحت نظارت کمک‌پژوهشگر (مسئول شیفت که مسئولیت ارایه مستقیم مراقبت به‌عهده وی نبود) اندازه‌گیری و ثبت نمود. پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش از ثبت درد توسط بیماران تحت نظارت پژوهشگران اطلاعی نداشتند. "فرم مشخصات بیمار" توسط پرستار مربوطه و "فرم مشخصات پرستار" توسط کمک پژوهشگر با کد مشترک تکمیل شد و کمک پژوهشگر شدت درد ثبت‌شده توسط پرستار، را از پرونده بیمار استخراج کرد. به‌منظور محرمانه‌ماندن اطلاعات از ذکر نام افراد شرکت‌کننده در پژوهش خودداری شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 16، برای مقایسه رتبه‌های شدت درد به‌دلیل نرمال‌نبودن توزیع نمرات شدت درد برآوردشده توسط بیماران و پرستاران، از آزمون آماری غیرپارامتری *ویلکاکسون* و برای مقایسه میزان توافق شدت درد گزارش‌شده توسط بیماران و پرستاران از ضریب همبستگی *اسپیرمن* استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

۶۱٪ بیماران مرد با میانگین سنی ۱۶/۸۳±۳۹/۱۵ سال بودند. ۳۴٪ بیماران فارس، ۳۵٪ ترکمن و بقیه بلوچ، ترک و سیستانی بودند. ۵۴٪ بیماران با درد مزمن مراجعه کرده بودند. ۳۷٪ بیماران از درد ناحیه شکم و ۲۴٪ از درد قفسه‌سینه شکایت داشتند. همچنین، میانگین سنی پرستاران (۱۶ نفر) ۲۹/۶۸ (با دامنه ۱۵) سال بود و ۶۷٪ مونث بودند. میانگین سابقه اشتغال در محیط‌های بالینی پرستاران ۲/۴۹±۴/۱۷ سال و میانگین سابقه اشتغال در بخش اورژانس ۱/۹±۲/۴۹ سال بود. تنها یک پرستار سابقه بستری شدن در بخش اورژانس را گزارش نمود. حداقل نمره شدت درد ثبت‌شده توسط بیماران براساس مقیاس ۱۰ درجه‌ای سنجش درد ۵ بود؛ یعنی هیچ بیماری در هنگام پذیرش در بخش اورژانس درد خفیف (۴-۱) را گزارش نکرد و ۹۰٪ بیماران درد شدید (۱۰-۸) داشتند. با افزایش شدت درد بیمار، پرستاران شدت درد را کمتر از بیمار گزارش کردند و بالعکس، وقتی بیمار برآورد کمتری از درد داشت، پرستاران شدت درد را بیشتر گزارش کردند (نمودار ۱).



نمودار ۱) نسبت نمره شدت درد ثبت شده توسط بیمار و پرستار بر اساس طبقات شدت درد

میانگین نمره شدت درد ثبت‌شده توسط پرستاران (۷/۶۰±۲/۱) کمتر از شدت درد ثبت‌شده توسط بیماران (۹/۱۳±۱/۲۶) و اختلاف این دو از نظر آماری معنی‌دار بود (p<۰/۰۰۱)؛ ۶۷٪ بیماران شدت درد خود را بیش از پرستاران و تنها ۵٪ شدت درد خود را کمتر از پرستاران برآورد کردند. ۲۸٪ بیماران نیز نمره معادل پرستاران از شدت درد خود ثبت نمودند (جدول ۱).

جدول ۱) مقایسه رتبه نمره شدت درد بیماران براساس برآورد بیماران و پرستاران

تفاضل میانگین نمره شدت درد پرستار و بیمار	تعداد
رتبه منفی (نمره بیمار>نمره پرستار)	۵
رتبه مثبت (نمره بیمار<نمره پرستار)	۶۷
رتبه مساوی (نمره بیمار=نمره پرستار)	۲۸
جمع	۱۰۰
Z= -۶/۹۰۵ , p=۰/۰۰۱	

علیرغم اینکه برآورد ۷۲٪ پرستاران از درد بیمار با بیماران تفاوت داشت، ولی مقایسه میزان توافق شدت درد گزارش‌شده توسط بیماران و پرستاران با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن بیانگر توافق بین بیماران و پرستاران در برآورد شدت درد بود (p=۰/۰۰۱؛ r=۰/۶۱۲).

بحث

یافته‌ها نشان داد که ۹۰٪ بیماران با درد شدید در بخش اورژانس پذیرش شدند و حداقل نمره شدت درد ثبت‌شده توسط بیماران ۵ بود. برآورد پرستاران از درد بیماران در دامنه صفر (بدون درد) تا ۱۰ (درد شدید) بود. در بسیاری از پژوهش‌ها حداقل درد ثبت‌شده توسط بیمار بسیار بالاتر از یافته‌های پژوهش حاضر و معادل ۷ یا بیشتر است که

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-04]

به‌عنوان درد نزدیک به شدید در نظر گرفته می‌شود؛ درحالی‌که پرستاران درد بیماران را در حد متوسط برآورد می‌کنند [۴، ۶، ۲۸]. در مطالعه *زالون* نیز، با وجود اینکه حداقل درد ثبت‌شده توسط بیمار از سایر پژوهش‌ها کمتر بود ولی از پژوهش حاضر بیشتر بود [۲۹]؛ بنابراین، در مطالعه حاضر فرصت بررسی توافق بیمار و پرستار در برآورد درد در دامنه وسیع‌تری از شدت درد (خفیف، متوسط و شدید) وجود داشت، درحالی‌که در سایر مطالعات فقط درد شدید مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است.

یافته‌ها نشان داد که با افزایش شدت درد بیماران، پرستاران شدت درد بیمار را کمتر برآورد می‌کردند و بالعکس وقتی شدت درد بیمار کمتر بود، پرستاران شدت درد را بیشتر برآورد کرده بودند. سایر مطالعات نیز نشان می‌دهند که تفاوت بین برآورد بیمار و پرستار در دردهای شدیدتر بیشتر می‌شود و پرستاران دردهای بیماران را کمتر برآورد می‌کنند، ولی در شدت درد پایین‌تر، برآورد پرستاران از درد با برآورد بیماران تفاوت چندانی ندارد [۲۷].

میانگین نمره شدت درد گزارش‌شده توسط بیماران ۹/۱۳ (با انحراف‌معیار ۱/۲۶) بود که این میزان بیش از میانگین شدت درد گزارش‌شده در سایر مطالعات (۴، ۶) است. میانگین نمره شدت درد ثبت‌شده توسط پرستاران در این مطالعه کمتر از شدت درد بیمار بود. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات زیادی همخوانی دارد [۶، ۳۰، ۳۱]. مطالعات زیادی در بالغین صورت گرفته که نشان می‌دهد بین برآورد بیمار و پرستار از شدت درد بیمار اختلاف معنی‌داری وجود دارد [۲۷] و این تفاوت در بخش‌های اورژانس نیز گزارش شده است [۴، ۶، ۳۲، ۳۳، ۳۴]. در این پژوهش‌ها نیز میانگین شدت درد گزارش‌شده توسط بیماران بیشتر از پرستاران بود؛ با وجود این‌که دلیل این اختلاف کاملا روشن نیست، ولی نتایج مطالعات موید این موضوع است که کم برآورد کردن درد بیماران توسط پرستاران و سایر علایم درمانی مشکل متداول در بخش‌های مختلف است (۵، ۱۲، ۲۷) که بخش اورژانس نیز از این امر مستثنی نیست (۴، ۶). *سینگر* و همکاران نیز در پژوهشی روی ۱۱۰۴ بیمار دریافتند که در بیشتر روندهای درمانی، پزشکان درد بیمار را کمتر از خود بیمار ثبت می‌کنند [۳۵]. *رزاقی* نیز در پژوهش خود دقت برآورد مادران و پرستاران از شدت درد بعد از عمل جراحی کودکان را مقایسه کرد و نشان داد که میزان برآورد مادران در تعیین شدت درد کودکان بیش از پرستاران است [۳۶].

یافته‌های مطالعه *دویگ‌نان* موید نتایج پژوهش حاضر است، به‌طوری‌که ۹۰٪ پرستاران درد بیماران را کمتر از خود بیمار و تنها ۵٪ آنان درد بیماران را بیشتر از آنان گزارش کرده بودند [۶]. سایر مطالعات نیز نشان می‌دهند که توافق کامل بین پرستار و بیمار وجود ندارد. بیشترین توافق گزارش‌شده ۵۰٪ است که ۲۱٪ پرستاران درد بیمار را کمتر و ۲۹٪ درد بیمار را بیشتر برآورد کرده بودند [۵].

نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعات زیادی که نشان می‌دهد پرستاران تمایل دارند درد بیماران را کمتر برآورد کنند همخوانی دارد [۱۲]؛ اگرچه بیشتر برآوردکردن درد بیمار نیز به اندازه کم برآوردکردن آن می‌تواند از نظر بالینی مشکل‌آفرین باشد [۵].

دلایل شناخته‌شده‌ای برای این تفاوت ارایه نشده است؛ ولی به‌نظر می‌رسد که عدم ثبت شدت درد بیماران در پرونده پزشکی آنان سبب شود دقت افراد تیم درمانی کمتر شده و در طول اجرای مراقبت به مفروضات و حدسیات خود بیشتر تکیه کنند. تحقیقات نشان می‌دهد که ثبت میزان درد بیماران منجر به کنترل موثر درد در بخش‌های مختلف [۹] و استفاده از ابزار سنجش درد منجر به تجویز بیشتر داروهای ضددرد در بیماران بخش اورژانس می‌شود [۳۵]؛ با این وجود، مستندسازی و ثبت ویژگی‌های درد بیماران قبل و بعد از مداخلات درمانی صورت نمی‌گیرد [۳۲]. از دلایل احتمالی دیگر می‌توان به کمبود اطلاعات و دانش پرستاران در خصوص چگونگی کنترل درد بیماران و اهمیت آن اشاره کرد. برخی پژوهش‌ها علت برآورد نامناسب درد بیماران را دانش ناکافی پزشک و پرستار گزارش می‌کنند [۲۷]. پژوهشگران دریافتند پرستارانی که در سمینار درد یا در دوره‌های آموزشی روش‌های بررسی و کنترل درد شرکت کرده بودند و پرستارانی که تحصیلات بیشتری داشتند، دقت بیشتری در برآورد شدت درد بیماران به‌خرج می‌دادند [۲۹]. نتایج سایر مطالعات نیز نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین نمره خودبرآورد بیماران از درد و نمره ثبت‌شده توسط پرستاران وجود دارد. این اختلاف در نمره ثبت‌شده توسط پرستاران کمکی مشهودتر بود؛ بدین معنی که پرستاران کمکی نمره بیماران را در مقایسه با پرستاران بسیار کمتر برآورد می‌کنند [۱۲]. دانشجویان پرستاری که در مرحله آموزشی بودند نیز به دلیل توجه به علایم عینی و غفلت از علایم ذهنی درد بیماران را بسیار کمتر از آنچه خود بیماران گزارش می‌دهند ثبت می‌کنند [۱۸]. تجربه پژوهشگر نشان می‌دهد که کمبود کارکنان و تجهیزات پزشکی، تعداد زیاد بیماران مراجعه‌کننده و ملزم نمودن پرستاران به ثبت موارد وقت‌گیر منجر به عدم امکان برقراری ارتباط موثر پرستاران با بیمار می‌شود چراکه آنان باید به‌منظور ارایه بیشترین مراقبت در زمان کوتاه با تعداد سئوال محدودی به اخذ شرح حال بپردازند و این ارتباط غیرموثر پرستار/بیمار، می‌تواند دقت آنان را در برآورد شدت درد تحت تاثیر قرار دهد.

با توجه به اینکه بیشتر مراجعان به بخش اورژانس از درد شکایت دارند و پرستاران بیش از سایر اعضای تیم درمان در ارتباط با آنان هستند و بررسی صحیح بیماران و گزارش درست درد آنان نقش مهمی در انتخاب شیوه درمانی و تجویز داروی مناسب دارد، بنابراین نتایج این تحقیق می‌تواند اطلاعات پایه را برای تحقیقات بعدی در زمینه صحت برآورد درد بیماران توسط پرستاران و سایر اعضای تیم درمانی فراهم آورد و عوامل موثر بر مدیریت درد بیماران را شناسایی نماید. در ضمن، یافته‌های پژوهش می‌تواند به برنامه‌ریزان آموزش پرستاری کمک نماید تا با تاکید بر اهمیت سنجش و کنترل درد بیمار توسط پرستار، آموزش شیوه‌های بررسی شدت درد و لزوم ثبت میزان درد بیمار در

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-04]

پرونده پزشکی آنان از دوران دانشجویی و استمرار آن با آموزش مداوم به فارغ‌التحصیلان، صحت و دقت برآورد شدت درد بیماران را بهبود بخشند.

به‌دلیل انتخاب بخش اورژانس به‌عنوان محیط پژوهش مشکلات اجرایی در زمان انجام پژوهش مانند مراجعه همزمان تعداد زیادی از بیماران یا کمبود پرستاران بخش اورژانس وجود داشت. از دلایل احتمالی عدم مشارکت بیماران در پژوهش می‌تواند شدت درد یا پیچیده بودن شرایط آنان باشد که دراین صورت ناخواسته بیمارانی با ویژگی‌های خاص از مطالعه حذف شدند و این امر می‌تواند بر نتایج پژوهش تاثیر بگذارد. در برخی موارد، بیمارانی در پژوهش مشارکت نموده و شدت درد خود را گزارش کردند ولی پرستاران به‌دلیل کثرت کار بخش اورژانس یا مراجعه همزمان تعداد زیادی از بیماران، درد آنها را ثبت نکردند یا بالعکس، پرستاران درد بیمارانی را گزارش کردند که مایل به شرکت در پژوهش نبودند که منجر به از بین رفتن داده‌ها و در نتیجه طولانی‌شدن فرآیند جمع‌آوری داده شد. البته آنالیز این داده‌ها نشان داد که بین بیمارانی که از مطالعه حذف شدند و بیماران باقی‌مانده از نظر مشخصات دموگرافیک و ویژگی‌های مربوط به درد تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری

برآورد بیماران از درد و پرستاران بخش تریاژ همخوانی ندارد و در بسیاری مواقع برعکس یکدیگر است.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران بر خود واجب می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان که منابع مورد نیاز مطالعه را تامین نموده‌اند و کارکنان پرستاری بخش اورژانس بیمارستان ۵ آذر به‌دلیل همکاری صمیمانه در جمع‌آوری اطلاعات و بیماران محترم که انجام تحقیق تنها با همکاری آنان میسر شد، تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

1- Eder SC, Sloan EP, Todd K. Documentation of ED patient pain by nurses and physicians. Am J Emerg Med. 2003;21(4):253-7.
2- Marquie L, Rico Duarteb L, Marine C, Lauquec D, Sorum PC. How patients and physicians rate patients' pain in a French emergency department using a verbally administered numerical rating scale and a visual analog scale. Acute Pain. 2008;10:31-7.
3- Melotti RM, Samolsky-Dekel BG, Ricchi E, Chiari P, Di Giacinto I, Carosi F, et al. Pain prevalence and predictors among inpatients in a major Italian teaching hospital. Eur J Pain. 2005;9(5):485-95.
4- Puntillo K, Neighbor M, Neil NO, Nixon R. Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. Pain Manag Nurs. 2003;4(4):171-5.
5- Melotti RM, Boaz BG, Carosi F, Ricchi E, Chiari P, Andrea R, et al. Categories of congruence between inpatient self reported pain and nurses evaluation. Eur J Pain. 2008;11:19-22.
6- Duignan M, Dunn V. Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients: A replication. Int Emerg Nurs. 2008;16:23-8.
7- Zhang CH, Hsu L, Zou BR, Li JF, Wang HY. Effects of a pain education program on nurses' pain knowledge, attitudes and pain assessment practices in China. J Pain Symptom Manag. 2008;36(6):616-27.
8- Oldenmenger WH, Dooren S, Stoter G, Rijt CCD. A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: A critical appraisal. Eur J Cancer. 2009;45:1370-80.
9- Rond MEJ, DeWit R, Dam FSAM, Muller M. A pain-monitoring program for nurses: Effects on the administration of analgesics. Pain. 2000;89:25-38.
10- Igier V, Mullet E, Sorum PC. How nursing personnel judge patients' pain. Eur J Pain. 2007;11:542-50.
11- Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y. Nurses' assessment of pain in surgical patients. J Adv Nurs. 2005;52(2):125-32.
12- Hall-Lord ML, Larsson G, Steen B. Pain and distress among elderly intensive care unit patients: Comparison of patients' experiences and nurses' assessments. Heart Lung. 1998;27(2):123-32.
13- Rond MEJ, Wit R, Dam FSAM, Muller MJ. A pain-monitoring program for nurses: Effects on communication, assessment and documentation of patients' pain. J Pain Symptom Manag. 2000;20(6):424-39.
14- Graham J. Adult patients' perceptions of pain management at triage: A small exploratory study. Accid Emerg Nurs. 2002;10:78-88.
15- Winkelman C, Norman D, Maloni JA, Kless JR. Pain measurement during labor: Comparing the visual analog scale with dermatome assessment. Appl Nurs Res. 2008;21:104-9.
16- Taylor A, Stanbury L. A review of postoperative pain management and the challenges. Curr Anaesth Crit Care. 2009;20:188-94.
17- Hall-Lord ML, Larsson G. Registered nurses and student nurses assessment of pain and distress related to specific patient and nurse characteristics. Nurs Educ Today. 2006;26:377-87.
18- Chuk P. Determining the accuracy of pain assessment of senior student nurses: A clinical vignette approach. Nurs Educ Today. 2002;22:393-400.
19- Pasero C. Challenges in pain assessment. J Perianesth Nurs. 2009;24(1):50-4.
20- Linda L, Karlssona D, Fridlundb B. Patients' use of digital pens for pain assessment in advanced palliative home healthcare. Int J Med Inform. 2008;77:129-36.
21- Kuhn S, Cooke K, Collins M, Jones JM, Mucklow JC. Perceptions of pain relief after surgery. Br Med J. 1990;300:1687-90.
22- Owen H, McMillan V, Rogowski D. Postoperative pain therapy: A survey of patients' expectations and their experiences. Pain. 1990;41:303-7.
23- McDonald DD, Matthew LaPorta M, Meadows-Oliver M. Nurses' response to pain communication from patients: A post-test experimental study. Int J Nurs Studies. 2007;44:29-35.
24- Oliver DP, Wittenberg-Lyles E, Demiris G, Washington K, Porock D, Day M. Barriers to pain management: Caregiver perceptions and pain talk by hospice interdisciplinary teams. J Pain Symptom Manag. 2008;36(4):374-82.
25- Zautra AJ, Johnson LM, Davis MC. Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. J Consult Clin Psychol. 2005;73(2):212-20.
26- Hovi SL, Lauri S. Patients' and nurses' assessment of cancer pain. Eur J Cancer Care. 1999;8:213-9.
27- Rond M, Wit R, Dam F, Campen B, Hartog Y, Klievink R. Daily pain assessment: Value for nurses and patients. J Adv Nurs. 1999;29(2):436-44.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-04]

28- Tanabe P, Buschmann MA. Prospective study of ED pain management practices and the patient's perspective. J Emerg Nurs. 1999;25:171-7.
29- Zalon ML. Nurses' assessment of postoperative patients' pain. Pain. 1993;54(3):329-34.
30- Chibnall JT, Tait RC, Ross LR. The effects of medical evidence and pain intensity on medical student judgments of chronic pain patients. J Behav Med. 1997;20(3):257-71.
31- Blank FS, Mader TM, Wolfe J, Keyes M, Kirschner R, Provost D. Adequacy of pain assessment and pain relief and correlation of patient satisfaction in 68 ED fast-track patients. J Emerg Nurs. 2001;47:327-34.
32- Todd KH, Deaton C, D'Adamo AP, Goe L. Ethnicity and analgesic practice. Ann Emerg Med. 2000;33:11-6.
33- Juhl IU, Christensen BV, Buelow HH, Wilbek H, Dreijer NC, Egelund B. Postoperative pain relief, from the patients' and the nurses' point of view. Acta Anaesthesiol Scand. 1993;37:404-9.
34- Guru V, Dubinsky I. The patient versus caregiver perception of acute pain in the emergency department. J Emerg Med. 2000;18:7-12.
35- Singer AJ, Richman PB, Kowalska A, Thode HC. Comparison of patient and practitioner assessments of pain from commonly performed emergency department procedures. Ann Emerg Med. 1999;33:652-8.
36- Razaghi N. Comparative assessment of the accuracy of mothers and nurses of pain after surgery, pediatric surgical children in hospitals affiliated to the ministry of health and medical education in Tehran [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Science; 1999. [Persian]

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-04]