مقاله اصیل پژوهشی

بررسی تاثیر کارگاه آموزش سنجش درد بر دانش، نگرش و عملکرد پرستاران بیمارستان ولی‌عصر(عج) اراک

پوران وروانی فراهانی[1]، داود حکمت پو[2]، مریم سعیدی[3]، سهیلا شمسی خانی[4]

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مهمترین علل عدم کنترل موثر درد، آموزش و مهارت ناکافی پرسنل است. اهداف مهم پرستاری، تامین آسایش و کنترل درد بیماران است. پرستاران می‌توانند هنگام مراقبت از بیماران با استفاده از سنجش درد، باعث کنترل بهینه آن شوند. در این راستا این مطالعه با هدف بررسی تاثیر کارگاه آموزش سنجش درد بر دانش، نگرش و عملکرد پرستاران بیمارستان ولی‌عصر (عج) اراک انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه نیمه تجربی بر روی ۸۰ نفر از پرستاران بخشهای جراحی، ارتوپدی، اورژانس و سوختگی بیمارستان ولی‌عصر(عج) اراک انجام شد. ابزارهای مطالعه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، دانش، نگرش پرستاران و چک لیست مشاهده‌ای عملکرد بود. روایی ابزارها به روش اعتباری محتوی و پایایی ابزارها به روش آزمون مجدد (پرسشنامه دانش)، Cronbach Alpha (پرسشنامه نگرش) و پایایی بین مشاهده‌گرها (چک لیست مشاهده‌ای عملکرد) انجام شد. مداخله آموزشی در طی چهار جلسه به مدت چهل و پنج دقیقه برای هر پرستار صورت گرفت. سپس پرسشنامه دانش و نگرش سنجش درد توسط پرستاران و چک لیست مشاهده‌ای عملکرد توسط همکار پژوهشگر مجددا تکمیل شد. داده‌های حاصل با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ و آزمون‌های آماری Paired T Test و ضریب همبستگی Pearson مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره آگاهی قبل از مداخله از ۲/۹±۷/۹۹ به ۲/۵±۱۳/۷۱، میانگین نمره نگرش از ۷/۵±۲۲/۹ به ۷/۶±۳۷/۵، میانگین نمره عملکرد در خصوص سؤال از بیمار از ۴±۸/۳ به ۴/۵±۱۶/۱ و میانگین نمره عملکرد در خصوص به کارگیری ابزار درد از ۱/۷±۱/۷ به ۱/۸±۵/۳ در بعد از مداخله افزایش یافت ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: کارگاه سنجش درد می‌تواند در افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران موثر باشد. بنابراین آموزش دوره‌ای، فراهم کردن امکانات سنجش درد، ایجاد خط مشی‌ها و روشهایی جهت نظارت و ارزیابی سنجش درد مؤثر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: سنجش درد- دانش- نگرش- عملکرد- پرستاران- آموزش

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۲؛ ۱۰ (۳):۱۸۳-۱۹۱

دریافت: ۹۱/۰۶/۳۱ اصلاح نهایی: ۹۲/۰۴/۰۲ پذیرش: ۹۲/۰۴/۲۵

نویسنده مسئول: داود حکمت پو، گروه آموزشی داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک. اراک، ایران.

آدرس: اراک، سردشت، میدان بسیج، مجتمع آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، مدیریت تحقیقات و اطلاع رسانی پزشکی.

تلفن: ۰۸۶۳۴۱۷۳۶۴۵ نمابر:۰۸۶۳۴۱۷۳۵۲۴ e.mail:dr_hekmat@arakmu.ac.ir

[1] مربی گروه آموزشی کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک. اراک، ایران.

[2] استادیار گروه آموزشی داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک. اراک، ایران.

[3] مربی گروه آموزشی داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک. اراک، ایران.

[4] مربی گروه آموزشی روان، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک. اراک، ایران.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

مقدمه

یکی از شکایات اصلی بیماران بستری در بیمارستانها درد آنان است.(۱)، عموماً در جاهایی که بیمار حضور دارد، درد شیوع بالایی دارد.(۲)، درد به صورت اپیدمی خاموش است که باعث کاهش فعالیت روزانه و کارایی در فرد می‌شود.(۳)، نتایج عدم کاهش درد شامل اضطراب، کاهش تعامل با دیگران، آشفتگی خواب، نقص در حرکت، کاهش اشتها، بی قراری، کاهش کیفیت زندگی، افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی و بستری می‌باشد.(۴)، بیشتر دردهای حاد را می‌توان پیشگیری یا اساساً تسکین داد.(۵)، اولین مرحله کنترل درد بیماران سنجش درد آنان است.(۶)، ارزیابی درد شامل استفاده از ابزارهای مثل خود گزارش‌دهی، مشاهده رفتاری، اندازه‌گیری فیزیولوژیکی می‌باشد.(۷-۸)، پرستاران نقش اساسی در ارزیابی و کنترل درد بیمار در طی دوران بستری دارند. آنها دائما نیازمند تصمیم‌گیری در مورد کنترل درد بیمار می‌باشند که شامل تصمیم درباره سطح درد و نیاز به مسکنهاست. بنابراین کنترل موثر شامل پیش‌بینی فرآیند تصمیم‌گیری است، که از طریق دانش درباره درد و درمان آن گسترش می‌یابد. مطالعات زیادی نشان می‌دهد که پرستاران فاقد دانش و دارای نگرش منفی نسبت به کنترل درد بیماران می‌باشند.(۹) در تحقیقی که در مورد میزان شناخت، عملکرد و نگرش پرستاران نسبت به ابزارهای سنجش درد در یک بیمارستان تخصصی کودکان شهر تهران انجام شد، نتایج نشان داد اکثر پرستاران در طی دوران تحصیل هیچ آموزشی در این زمینه دریافت نکرده بودند.(۱۰) یکی از فواید سنجش درد اینست که باعث بهبود روابط بین بیمار و پرستار می‌شود.(۱۱)، پرستاران با آگاهی از ابزارهای سنجش درد، باعث سنجش و کنترل موثر درد می‌شوند.(۱۲) جامعه درد آمریکا در سال ۲۰۰۰ سنجش درد را به عنوان پنجمین علائم حیاتی ضروری اعلام کرد، زیرا اگر درد مثل علائم حیاتی سنجش شود درمان سریعتر جهت کاهش درد انجام خواهد شد.(۱۳)، طبق تحقیقهای انجمن مراقبتهای حاد ایالات متحده هر چند دانش سنجش و کنترل درد نسبت به بیست سال قبل پیشرفت داشته ولی کارکنان مراقبت بهداشتی در مراقبت بیماران با درد مشکل دارند و درد به طور موثر کنترل نمی‌شود. اولین دلیل، ناکافی بودن آموزش کارکنان بهداشتی است.(۱۴)، سنجش درد بیمار به دلایل زیادی با ارزش است:

- اطلاعاتی پایه‌ای از درد بیمار به دست می‌آید، که در ارزیابی برای مداخلات درمانی بعدی مفید است.
- برای تشخیص میزان ناتوانی یا نقص نتایج درمانی با اهمیت است.
- به پزشک جهت تشخیص وضعیت ویژه کمک می‌کند.
- با سنجش درد در تشخیص، تفاوت بین درد واقعی و تمارض به بیماری مشخص می‌شود.(۱۵)

بررسیهای انجام شده دال بر اینست که موانع و ابهامات سنجش و کنترل درد شامل موارد زیر می‌باشد: فقدان دانش و مهارت کافی پرسنل در مورد اینکه چطور درد را سنجش و کنترل کنند، عوارض مخدرها، مداخلات غیردارویی برای درد، احتمال اعتیاد به مخدرها و ترس از اینکه اگر به بیمار مخدر بدهند، ممکن است باعث دپرسیون تنفسی یا مرگ وی گردد.(۱۶)، کمیته سازمان مراقبت بهداشتی برای کنترل درد، استانداردهای زیر را مد نظر قرار می‌دهد:

- برای تمام بیماران باید سنجش درد صورت گیرد.
- سیاستها و روشهایی برای کنترل درد موثر به وسیله پرسنل با صلاحیت و شایسته ایجاد شود.
- بیماران و خانواده آنان برای درد و کنترل درد به ویژه قبل از ترخیص آموزش ببینند.(۱۷)

اکنون جای امیدواری وجود دارد که کمیته سازمان مراقبت بهداشتی برای کنترل درد با ارائه استانداردهای درمان درد، سنجش درد را برای تمامی بیماران مطرح کرده است.(۱۸)، اهداف کنترل درد پیشگیری از درد و رنج مردم و افزایش کیفیت زندگی می‌باشد که برای کنترل درد موفق باید سنجش درد صورت گیرد. از آنجا که از اهداف مهم پرستاری تامین آسایش و راحتی و کنترل درد بیماران است، پرستاران می‌توانند به هنگام مراقبت از بیماران با استفاده از سنجش درد، باعث کنترل بهینه درد شده و پذیرش بیماران را در زمینه مراقبتهای بهداشتی بهبود بخشند. لذا با توجه به شیوع درد در بیماران، وجود موانع سنجش درد در بیمارستانها و فواید بیان شده سنجش درد و با توجه به اینکه بررسیهای انجام شده دال بر اینست که مهمترین علت عدم کنترل موثر درد آموزش و مهارت ناکافی پرسنل است، این مطالعه با هدف بررسی تاثیر کارگاه آموزشی درد بر دانش، نگرش و عملکرد پرستاران انجام گردید.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

روش بررسی

این مطالعه نیمه تجربی بر روی کلیه پرستاران شاغل در بخشهای جراحی، ارتوپدی، اورژانس و سوختگی بیمارستان ولی‌عصر(عج) اراک در سال ۱۳۹۰ انجام شد. در این مطالعه ۸۰ نفر از پرستاران شاغل در بخشهای موردمطالعه که دارای مدرک کارشناسی پرستاری و حداقل سه ماه سابقه کار در بخشهای جراحی، ارتوپدی، اورژانس و سوختگی بودند، انتخاب و در صورت تمایل به همکاری وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۵۱ سؤال است که در پنج قسمت طراحی شده است. بخش اول: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک پرستاران (سن، جنس، سمت، تحصیلات، وضعیت تاهل، سابقه کار در بالین، سابقه دوره آموزشی و بخش محل خدمت)، بخش دوم: سؤالات آگاهی مشتمل بر ۱۰ سؤال که به صورت چندگزینه‌ای طراحی شده است. به این صورت که به پاسخ صحیح نمره ۱ و به پاسخ‌های غلط یا جواب نداده نمره صفر تعلق گرفت. نمرات آگاهی پرستاران بر مبنای بیست در نظر گرفته شد. لازم به ذکر می‌باشد که نمره کمتر از ۱۱/۵ به عنوان آگاهی ضعیف، ۱۱/۵- ۱۵/۵ آگاهی متوسط و نمره بیشتر از ۱۶ آگاهی خوب در نظر گرفته شد. بخش سوم: سؤالات نگرش شامل ۱۲ سؤال بود که با استفاده از مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای طبقه‌بندی شد. سؤالات مثبت نگرش از کاملاً مخالف با نمره ۱ تا کاملاً موافق نمره ۵ و سؤالات منفی از کاملاً مخالف نمره ۵ تا کاملاً موافق نمره ۱ امتیازدهی شد. نمره کمتر از ۲۴ به عنوان نگرش مخالف و کاملاً مخالف، ۲۵-۳۶ بدون نظر و نمره ۳۷-۶۰ نگرش موافق و کاملاً موافق در نظر گرفته شد. بخش چهارم: چک لیست مشاهده‌ای عملکرد سنجش درد پرستاران بود که در دو قسمت مطرح شده بود. قسمت اول: عملکرد سنجش درد پرستاران از نظر سؤال از بیمار شامل ۹ سؤال و قسمت دوم: عملکرد سنجش درد پرستاران از نظر به کارگیری ابزارهای درد شامل ۱۳ سؤال بود که نحوه دسته‌بندی به صورت هرگز، گاهی، اغلب و همیشه و امتیازات هر سؤال به ترتیب از صفر تا سه می‌باشد. برای اندازه‌گیری متغیر عملکرد در خصوص سؤال از بیمار، نمره کمتر از ۹ به عنوان عملکرد ضعیف، ۱۰-۱۸ عملکرد متوسط و ۱۹-۲۷ عملکرد خوب و در خصوص استفاده از ابزار درد، نمره کمتر از ۱۳ به عنوان عملکرد ضعیف، ۱۴-۲۶ عملکرد متوسط و ۲۷-۳۹ عملکرد خوب در نظرگرفته شد. روایی ابزارها به روش اعتباری محتوی (Content validity) مورد تایید قرار گرفت. در این روش پرسشنامه‌ها با توجه به منابع و کتابهای معتبر و استفاده از سایر پرسشنامه‌های تایید شده در این زمینه تهیه و پس از آن توسط ده نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری اراک بررسی و بر اساس نظرات آنها اصلاحات لازم صورت گرفت. پایایی پرسشنامه دانش به روش آزمون مجدد توسط ۳۰ پرستار (به غیر از گروههای شرکت کننده در مطالعه و طی دو هفته) (r=۰/۸۹) و پرسشنامه نگرش با همکاری ۱۵ پرستار در یک نوبت بررسی و میزان Cronbach Alpha ۰/۹۷ تعیین گردید. جهت تعیین پایایی چک لیست مشاهده‌ای عملکرد پرستاران در مورد نحوه سؤال از بیمار و نحوه به کارگیری ابزار درد و ثبت درد از روش پایایی بین مشاهده‌گرها (Interrater reliability) استفاده شد. در این روش پژوهشگر و همکار پژوهشگر ده پرستار را در هنگام سنجش درد مشاهده و از نظر عملکرد سنجش درد ارزیابی کردند. سپس ضریب پایایی بین مشاهده گران از نظر همبستگی (r=۰/۹۶) تعیین شد.

در مرحله قبل از مداخله کلیه پرستاران در بخش مورد مطالعه که دارای ویژگیهای نمونه بررسی بودند، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، دانش و نگرش را تکمیل کردند. سپس چک لیست مشاهده‌ای عملکرد پرستاران توسط همکار پژوهشگر (به صورت حضور در کنار پرستار در هنگام سنجش درد بیمار) تکمیل شد. چک لیست مشاهده‌ای عملکرد پرستاران شامل دو قسمت به شرح زیر می‌باشد:

الف) نحوه سؤال از بیمار شامل: میزان درد چقدر است؟ محل درد کجاست؟ مدت زمان دردش چقدر است؟ کیفیت دردش چگونه است؟ (دردش مثل بریدن با چاقو، شبیه چکش زدن و...)، از چه روشهای سازگاری برای کاهش درد استفاده می‌کند. (تمرینات تنفسی عمیق، سست کردن عضلات، خواب و...)، آیا درد مزاحم خواب اوست؟ آیا علایم جسمی همراه درد وجود دارد؟ (تهوع، استفراغ، تب و...).

ب) نحوه به کارگیری ابزار درد و نحوه ثبت درد شامل: پرستار هنگام سنجش درد از ابزارهای ویژه سنجش درد استفاده می‌کند؟ پرستار دقیقا هنگامی که بیمار ابراز درد می‌کند، از ابزارهای سنجش درد استفاده می‌کند (استفاده به موقع)؟ پرستار

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

هنگام استفاده از ابزار سنجش درد به شرایط مناسب (جسمی، روحی-روانی و محیطی) توجه می‌کند؟ پرستار هنگام سنجش درد در مورد ابزار ویژه سنجش درد برای بیمار توضیح می‌دهد؟ پرستار به بیمار در مورد کاربرد ابزار سنجش درد در حد درک وی توضیح می‌دهد؟ پرستار به بیمار فرصت شناخت ابزار سنجش درد را می‌دهد؟ پرستار با نشان دادن ابزار سنجش درد فرصت کافی جهت پاسخگویی به بیمار می‌دهد؟ پرستار به بیمار جهت ابراز عقیده و نظراتش و بیان احساسات فرصت می‌دهد؟ پرستار به سؤالات بیمار به طور واضح و روشن در رابطه با ابزار سنجش درد پاسخ می‌دهد؟ پرستار میزان درد بیمار را بعد از سنجش ثبت می‌کند. پرستار بعد از سنجش درد محل درد، مدت درد و مشخصات درد را ثبت می‌کند.

قبل از تکمیل چک لیست‌ها آموزشهای لازم در مورد نحوه مشاهده عملکرد پرستاران، نحوه سنجش درد و چک لیست سنجش درد به همکار پژوهشگر داده شد و پس از اطمینان از نحوه عمل وی مشاهده نمونه‌های مورد مطالعه توسط ایشان آغاز گردید. در مرحله شروع مداخله به منظور آموزش پرستاران مورد مطالعه کارگاه آموزشی در گروههای بیست نفره تشکیل شد که چهار جلسه به مدت ۴۵ دقیقه برای هر پرستار با هماهنگی سوپروایزر آموزشی و سرپرستاران بخشها طی مذاکره و درخواست برنامه پرسنل برنامه آموزش تنظیم گردید. در جلسات آموزشی به پرستاران موردنظر آموزشهای لازم به صورت سخنرانی و پرسش و پاسخ توسط یکی از پژوهشگران که دارای مدرک کارشناسی ارشد پرستاری و سابقه کارهای پژوهشی در زمینه درد داشت، ارائه شد.

برنامه آموزشی مهارتهای سنجش درد بدین شرح بود:

جلسه اول: معرفی و بیان اهداف مطالعه، اهمیت درد، تعاریف درد، فیزیولوژی درد، انواع درد.

جلسه دوم: پاسخ به سؤالات گذشته، مرور کلی، روشهای سنجش درد، ابزارهای سنجش درد.

جلسه سوم: نحوه پرسش از بیمار در مورد درد، اهمیت ثبت درد.

جلسه چهارم: آشنایی با فرم سنجش درد، نحوه ثبت درد در فرم سنجش درد، تمرین عملی حداقل در دو نمونه فرضی. جمع‌بندی مطالب مطرح شده، ارائه جزوه آموزشی، ارائه نمونه فرم سنجش درد.

دو هفته پس از کارگاه سنجش درد، مرحله ارزشیابی شروع شد. در این مرحله پرسشنامه دانش و نگرش سنجش درد توسط پرستاران مورد مطالعه مجدداً تکمیل شد و چک لیست مشاهده‌ای عملکرد پرستاران در مورد نحوه سؤال از بیمار، نحوه به کارگیری ابزار درد و نحوه ثبت درد توسط همکار پژوهشگر بعد از مداخله تکمیل گردید.

داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری Paired T Test و ضریب همبستگی Pearson در سطح معنی‌داری $p<۰/۰۵$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

از ۸۰ پرستار موردمطالعه، ۶۵ نفر معادل ۸۱/۲٪ مونث بودند. سن ۶۵ نفر معادل ۸۱/۲٪ در محدوده ۲۵-۳۵ سال و میانگین سن پرستاران ۶/۲±۳۱/۲۰ سال بود. کلیه پرستاران دارای تحصیلات کارشناسی بودند. ۴۳ نفر معادل ۵۳/۸٪ متاهل و ۳۵ نفر معادل ۴۵٪ سابقه کار ۱-۵ سال داشتند. میانگین سابقه کار پرستاران۷/۲ ±۸ سال بود و ۶۸ نفر معادل ۸۵٪ بدون سابقه آموزش در زمینه سنجش درد بودند. (جدول ۱)

نتایج نشان داد میانگین نمره دانش، نگرش و عملکرد در خصوص سؤال از بیمار و به کارگیری ابزار درد بعد از کارگاه نسبت به قبل از کارگاه افزایش معنی‌داری داشت ($p<۰/۰۰۱$). قبل از کارگاه ۵۱ نفر معادل ۶۳/۹٪ نظر کاملا مخالف و مخالف و بعد از کارگاه ۴۴ نفر معادل ۵۵٪ افراد نظر موافق و کاملا موافق نسبت به سنجش درد داشتند. (جدول ۲)

ضریب همبستگی Pearson نشان داد، بین رتبه آگاهی با رتبه نگرش پرستاران بعد از مداخله در زمینه سنجش درد ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($p=۰/۰۲$ ، $r=۰/۳۷$) و بین رتبه آگاهی با عملکرد پرستاران در خصوص سؤال از بیمار و بکارگیری ابزار درد ارتباط معنی‌داری به دست آمد ($p=۰/۰۳$، $r=۰/۲۸$). همچنین بین رتبه نگرش با رتبه عملکرد پرستاران در خصوص سؤال از بیمار و به کارگیری ابزار درد بعد از مداخله، ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($r=۰/۱۴$ و $p=۰/۰۵$). بدین معنی که برگزاری کارگاه آموزش سنجش درد بر هر یک از عوامل دانش، نگرش و عملکرد پرستاران بعد از مداخله به صورت منفرد و توام موثر بوده است.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

جدول ۱ : توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات فردی پرستاران مورد مطالعه

مشخصات فردی		فراوانی	درصد
جنسیت:	مذکر	۱۵	۱۸/۸
	مونث	۶۵	۸۱/۲
سن (سال):	۲۳-۳۵	۶۵	۸۱/۲
	>۳۶	۱۵	۱۸/۸
وضعیت تاهل:	مجرد	۳۷	۴۶/۲
	متاهل	۴۳	۵۳/۸
سابقه آموزش سنجش درد:	بلی	۱۲	۱۵
	خیر	۶۸	۸۵
سابقه کار (سال):	۱-۵	۳۵	۴۵
	۶-۱۰	۲۷	۳۴
	۱۱-۱۵	۸	۱۰
	>۱۶	۱۰	۱۱

جدول ۲: مقایسه فراوانی مطلق و نسبی و میانگین دانش، نگرش و عملکرد پرستاران قبل و بعد از کارگاه سنجش درد

متغیر		رتبه	قبل از کارگاه		بعد از کارگاه	
			فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دانش		خوب	۲	۲/۵	۲۵	۳۱/۲
		متوسط	۹	۱۱/۲	۳۸	۴۷/۵
		ضعیف	۶۹	۸۶/۳	۱۷	۲۱/۳
		میانگین ± انحراف معیار	۲/۹ ±	۷/۹۹	۲/۵ ±	۱۳/۷۱
		P-value مربوط به Paired T Test	<0.001			
نگرش		موافق و کاملا موافق	۳	۳/۷	۴۴	۵۵
		بی نظر	۲۶	۳۲/۵	۳۰	۳۷/۵
		مخالف و کاملا مخالف	۵۱	۶۳/۹	۶	۷/۵
		میانگین ± انحراف معیار	۷/۵ ±	۲۲/۹	۷/۶ ±	۳۷/۵
		P-value مربوط به Paired T Test	<0.001			
عملکرد:	در خصوص سؤال از بیمار	خوب	۳	۳/۸	۳۱	۳۸/۸
		متوسط	۲۵	۳۱/۳	۴۰	۵۰
		ضعیف	۵۲	۶۵	۹	۱۱/۲
		میانگین ± انحراف معیار	۴±	۸/۳	۴/۵ ±	۱۶/۱
		P-value مربوط به Paired T Test	<0.001			
	بکارگیری ابزار	خوب	۰	۰	۰	۰
		متوسط	۰	۰	۰	۰
		ضعیف	۸۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰
		میانگین ± انحراف معیار	۱/۷ ±۱/۷		۱/۸±	۵/۳
		P-value مربوط به Paired T Test	<0.001			

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، بیشتر پرستاران معادل ۸۶/۳٪ قبل از کارگاه دارای آگاهی در حدّ ضعیف بودند. چنان که مطالعه Lofmark و همکاران در سال ۲۰۰۳ نیز نشان داد که دانشجویان پرستاری نیازمند دانش کافی در زمینه کنترل درد می‌باشند.(۱۹)، Niekrek در سال ۲۰۰۱ به این نتیجه رسید که آموزش پرستاران تاسمانیایی نسبت به کنترل درد ناکافی است و آنها نیازمند آموزش کافی در زمینه کنترل درد می‌باشند.(۹) نتایج تحقیق Parvizi در سال ۱۳۸۳ هش معادل ۲۰۰۵ میلادی در تهران نشان داد که ۸۶/۷٪پرستاران در طی دوران تحصیل هیچ آموزشی در زمینه سنجش وکنترل درد دریافت نکرده بودند.(۱۰)، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بعد از کارگاه ۴۷/۵٪ دارای آگاهی در حدّ متوسط می‌باشند و میانگین نمره آگاهی قبل و بعد از مداخله به طور معنی‌داری افزایش یافته است. این یافته‌ها مبین تاثیر کارگاه سنجش درد بر افزایش آگاهی پرستاران است. در همین راستا بررسی Derond در سال ۲۰۰۲ در زمینه اجرای برنامه مانیتورینگ درد که شامل آموزش پرستاران در زمینه‌های درد، سنجش درد، کنترل درد و اجرای سنجش درد روزانه با استفاده از ابزار عددی بوده است، باعث افزایش دانش پرستاران از ۶۹/۱٪ به ۷۵/۸٪ شد.(۲۰) Chiang در سال ۲۰۰۶ در زمینه اجرای برنامه آموزش درد کودکان جهت دانشجویان پرستاری تایوان اظهار داشت که آموزش مذکور باعث افزایش دانش، نگرش و خودکارآمدی پرستاران بعد از اجرای برنامه آموزشی شد.(۲۱)، همچنین نتایج این مطالعه نشان داد، قبل از کارگاه ۳/۷٪ پرستاران مورد مطالعه موافق سنجش درد بودند. Herr در سال ۲۰۰۶ در تحقیق به این نتیجه رسید که از موانع کنترل درد، نگرش منفی نسبت به ابزارهای سنجش درد می‌باشد (۲۰)، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد بعد از کارگاه ۵۵٪ پرستاران موافق سنجش درد بودند. میانگین نمره نگرش قبل و بعد از مداخله آموزشی به طور معنی‌داری افزایش یافته است. Young و همکارانش در سال ۲۰۰۶ در ایالات متحده به نتایج مشابه یافته‌های این مطالعه دست یافتند که به منظور تعیین نگرش و عقاید پرستاران نسبت به ابزارهای سنجش درد و ارتباط این نگرش با آموزش و تجربه آنها انجام شد، نتیجه اینکه آموزش پرسنل نسبت به ابزارهای سنجش درد اثر مثبت بر روی نگرش آنها دارد (رابطه مستقیم) ولی میزان تجربه جهت استفاده از ابزارهای سنجش درد ضروری نمی‌باشد.(۲۳)، همچنین نتایج این مطالعه نشان داد، قبل از کارگاه ۳/۸٪ پرستاران مورد مطالعه دارای عملکرد خوب بودند. بیشتر پرستاران قبل از کارگاه ۶۵٪ عملکرد در حدّ ضعیف داشتند. در همین راستا بررسی Derond و همکاران در سال ۲۰۰۰ نشان داد که پرستاران به صورت سلیقه‌ای در مورد درد عمل می کنند و به طور سیستماتیک از بیمار در مورد درد نمی‌پرسند، اگر پرستاران به طور سیستماتیک درد بیماران را سنجش نکنند، آنها بر اساس مهارتهای مشاهده‌ای، درد بیماران را تشخیص خواهند داد و اغلب موارد این قضاوت نادرست است، به طوری که درصد ناموفق بودن تخمین پرستار و میزان درد بیمار ۴۳٪-۷۰٪ می‌باشد و پرستاران در بیشتر اوقات درد را کمتر از آنچه که هست تخمین می‌زنند.(۲۴) مطالعه Lofmark نیز در سال ۲۰۰۳ نشان داد که از ۳۲ دانشجوی پرستاری فقط ۳۳٪ آنها به طور سیستماتیک و صحیح سنجش درد را انجام می‌دادند، یعنی محل درد، شدت، مدت و مشخصات درد را از بیمار پرسیده و به ابعاد هیجانی و اجتماعی بیمار توجه می کردند.(۱۹) Finley در سال ۲۰۰۷ در تحقیق خود که با هدف توسعه، اجرا و ارزشیابی برنامه کنترل درد کودکان با اجرای یک برنامه ساخت‌یافته در مرکز سرطان امان در کشور اردن، با همکاری محققان اردنی و کانادایی در طی یک دوره دو ساله انجام شد به این نتیجه رسید که بین دانش، نگرش و عملکرد پرسنل پرستاری فاصله وجود دارد.(۲۵)، در مطالعه حاضر بعد از کارگاه ۵۰٪ پرستاران دارای عملکرد در حدّ متوسط و ۳۸/۸٪ دارای عملکرد خوب بودند. میانگین نمره عملکرد در خصوص سؤال از بیمار قبل و بعد از مداخله به طور معنی‌داری افزایش یافت. در بررسی Yazdi Moghaddam در سال ۱۳۸۳ هش برابر با ۲۰۰۴ میلادی مشخص شد که پایش و مداخله سیستماتیک درد توسط پرستاران باعث افزایش میزان رضایتمندی بیماران جراحی شکمی شده است، که این افزایش رضایتمندی بیماران می‌تواند به دنبال سنجش و پایش منظم درد بیماران بوده باشد.(۲۶)، همچنین نتایج این مطالعه نشان داد، قبل و بعد از کارگاه کلیه پرستاران مورد مطالعه دارای عملکرد ضعیف در خصوص به کارگیری ابزار درد می‌باشند. در همین راستا بررسی Derond و همکاران در سال ۲۰۰۰ نشان داد که بعضی از

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

پرستاران به طور صحیح از ابزارهای سنجش درد استفاده می‌کنند و تعداد از آنها ابزارهای سنجش درد را به کار نمی‌گیرند.(۲۰) Lofmark در سال ۲۰۰۳ دریافت ۶۶٪ دانشجویان از ابزار سنجش درد دیداری که در کنار تخت بیمار بود استفاده نمی‌کردند و تنها ۳۳٪ آنها برای تعیین شدت درد بیماران از ابزار دیداری استفاده می‌کردند.(۱۹) Parvizi نیز در سال ۱۳۸۴ هـ‌ش معادل ۲۰۰۵ میلادی به این نتیجه رسید که ۸۳/۳٪ پرستاران ابزارهای سنجش درد را بکار نمی‌گرفتند.(۱۰) مطالعات Varvani Farahani در سال ۱۳۸۶ هـ‌ش برابر با ۲۰۰۷ میلادی نشان داد که پرستاران با مشکلات متعددی در استفاده از ابزارهای سنجش درد در کودکان مواجه هستند.(۲۸،۲۷)، همچنین یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد، میانگین نمره عملکرد پرستاران در خصوص سؤال از بیمار قبل و بعد از مداخله به طور معنی‌داری افزایش یافته است. در این رابطه McDonald می‌نویسد برای کنترل بهتر درد پرستاران باید با ابزارهای سنجش درد و کلماتی که بیمار برای توصیف درد به کار می‌برد آشنا باشد تا درد را سنجش و کنترل موثرتری بر درد داشته باشد.(۱۲) Falanga در سال ۲۰۰۶ به این نتیجه رسید که استفاده از ابزار سنجش درد، اندازه‌گیری و ثبت میزان درد بیماران باعث بهبود روابط بین بیمار و پرستار شده است.(۱۱)

به طور کلی نتایج این مطالعه نشان داد کارگاه سنجش درد باعث افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در خصوص سؤال از بیمار شد ولی میزان به کارگیری ابزار درد توسط پرستاران موردمطالعه همچنان بدون تغییر بود، این موضوع نشان می‌دهد تغییر عملکرد پرستاران نیازمند گذشت زمان و تداوم اجرای برنامه‌های مشابه برای آنان است. همچنین عوامل فرهنگی، اجتماعی و تفاوتهای فردی افراد بر نحوه سنجش درد تاثیر گذاشته و قابل کنترل نبودند. خستگی، بی‌خوابی، تغییر شیفت و حضور همکار پژوهشگر هنگام سنجش درد نیز احتمالا جز مواردی بودند که بر نحوه سنجش درد پرستاران، تاثیر داشته و از کنترل پژوهشگر، خارج بودند. از طرفی به منظور پیشگیری از بروز تورش داده‌ها، جمع‌آوری پرسشنامه توسط همکار پژوهشگر انجام شد و پژوهشگران در حین تکمیل پرسشنامه حضور نداشتند. بنابراین تشکیل کارگاه سنجش درد به منظور افزایش مهارتهای سنجش درد پرستاران در سایر بخشها و همچنین آموزش دوره‌ای پرستاری، فراهم کردن امکانات سنجش درد برای پرسنل پرستاری، ایجاد خط مشی ها و روشهایی جهت نظارت و ارزیابی سنجش درد پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

با تشکیل کارگاه سنجش درد، پرستاران با مهارتهای سنجش درد که یک فرآیند تعاملی و مشارکتی بین بیمار، پرستار و خانواده بیمار است آشنا شده و با سنجش درد، درد را سریعتر شناسایی کرده و درمان موثرتری جهت درد خواهند داشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله دارای کد تصویب طرح تحقیقاتی به شماره ۶۱۰ از شورای پژوهشی دانشگاه علوم‌پزشکی اراک و کد اخلاق در پژوهشهای پزشکی به شماره ۸-۱۰۹-۹۰ می‌باشد. لذا از کلیه پرستاران مشارکت کننده در این مطالعه، معاونت محترم پژوهشی، گروه پرستاری و همچنین از مسئولان محترم پرستاری بخشهای جراحی، اورژانس، ارتوپدی و سوختگی بیمارستان ولی‌عصر(عج) که در اجرای این مطالعه همکاری داشتند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

REFERENCES

1- Memarian R. The application of nursing concepts and theories. Tehran: Tarbiat Modares University; 1999.[Persian]

2- Stevenson KM, Dahl JL, Berry PH, Beck SL, Griffie J. Institutionalizing effective pain management practices: practice change programs to improve the quality of pain management in small health care organizations. J Pain Symptom Manage. 2006 Mar; 31(3):248-61.

3- Knight KH, Brand FM, Mchaourab AS, Veneziano G. Implantable Intrathecal Pumps for Chronic Pain: Highlights and Updates. Croat Med J. 2007 Feb; 48(1): 22-34.

4- Jones KR, Fink R, Hutt E, Vojir C, Pepper GA, Scott-Cawiezell J, et al. Measuring pain intensity in nursing home residents. J Pain Symptom Manage. 2005 Dec; 30(6):519-27.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

5- Habib S, Morrissey S, Helmes E. Preparing for pain management: a pilot study to enhance engagement. J Pain. 2005 Jan; 6(1): 48-54.

6- Malviya S, Lewis TV, Merkel S, Tait AR. Difficult pain assessment and lack of clinician knowledge of ongoing barriers to effective pain management in children with cognitive impairment. Acute Pain. 2005 May; 7(1): 27-32.

7- Briggs M, Closs JS. A descriptive study of use visual analogue scales and verbal rating scales for assessment of post operative pain in orthopedic patients. J Pain Symptom Manage.1999 Dec; 18(6): 438-46.

8- Husebo BS, Achterberg WP, Lobbezoo F, Kunz M, Lautenbacher S, Kappesser J, et al. Pain in patients with dementia: a review of pain assessment and treatment challenges. Norsk Epidemiologi. 2012; 22 (2): 243-51.

9- Niekrek LM, Martin F. Tasmanian Nurses Knowledge of pain management. Int J Nurs Stud. 2001 Apr; 38(2):141-52.

10- Parvizi F, Alhani F. Studying the rate of knowledge and using of pain assessment tools in children and complaining the importance of education about it. Iran J Pediatr. 2005; 15 (1): 190. [Persian]

11- Falanga IJ, Lafrenaye S, Mayers SK, Tetrault J. Management of acute pain in children: study & efficacy of a nurse-controlled algorithm for pain relief. Acute pain. 2006 June; 94(8): 45-54.

12- McDonald D, Laporta M, Meadows-oliver M. Nurse Response to pain communication from practice a post-test experimental study. Int J Nurs Stud. 2007 Jan; 44(1): 29-35.

13- Wilson D, Hockenberry MJ, Wong DL. Wong's clinical manual of pediatric nursing. 8th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby; 2012.

14- Wong DL, Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's nursing care of infants and children. 9th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby; 2011.

15- Price DL, Thompson ED, Gwin JF, Schulte EB. Thompson's pediatric nursing: an introductory text. 9th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier Saunders; 2005.

16- Brockopp D, Brockopp G, Warden S, Wilson J, Carpenter J, Vandeveer B. Barriers to change a pain management project. Int J Nurs Stud. 1998 Aug; 35(4): 226-32.

17- Treadwell MJ, Franck LS, Vichinsky E. Using quality improvement strategies to enhance pediatric pain assessment. Int J Qual Health Care. 2002 Feb; 14(1):39-47.

18- Staughter A, pasero C, Woren R. Unacceptable pain levels. American Journal of Nursing. 2002 May; 102 (5): 75-7.

19- Lofmark A, Gustarsson C, Wikblad K. Student nurses ability to perform pain assessment. Nurse Educ Pract. 2003 Sep; 3(3): 133-43.

20- Derond ME, Dewite R, Vandam FS, Muller MJ. A pain monitoring program for nurses: effects on nurses, pain knowledge and attitude. J Pain Symptom Manage. 2000 Jun; 19(6): 457-67.

21- Chiang L, Chen HJ, Huney L. Student nurse's knowledge, attitudes, and self–efficacy of childern's pain management evaluation program in Taiwan. J Pain Symptom Manage. 2006 Jul; 32(1):82-8.

22- Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren E, Mccaffery M, Merkel S, et al. Pain assessment in the nonverbal patiaent: position statement with clinical practice recommendations. J Pain Manag Nurs. 2006 Jun; 7(2): 44-59.

23- Young JL, Horton FM, Davidhizar R. Nursing attitudes & believe in pain assessment & management. J Adv Nurs. 2006 Mar; 53 (4): 412-21.

24- Derond ME, Dewit R, Vandam FS, Muller MJ. A pain monitoring program for nurses: effects on communication, assessment & documentation of patient's pain. J Pain Symptom Manage. 2000 Dec; 20(6): 424-38.

25- Finley GA, Forgeron P, Arnaout M. Action research: Developing a pediatric cancer pain program in Jordan. J Anesthesia and Psychology. 2008 Feb; 35(4): 447-54.

26- Yazdi Moghaddam H, Memarian R, Mohammadi I. The Effect of Pain Management by Nurses on the Satisfaction Rate of Patients after Abdominal Surgery. Journal of Kerman University of Medical Sciences. 2006; 13(2) Spring: 121-8. [Persian]

27- Varvani Farahani P, Alhani F. Studying the effect of establishing nursing pain commission on using pain scale tools on pediatrics. In: International Pain Conference. Tehran: Imam Khomeini Hospital; 2007. [Persian]

28- Varvani Farahani P, Alhani F. Review of barriers to pediatric pain assessment tools in nursing. Journal of Nursing and Midwifery. 2008; 18(62): 40-6. [Persian]

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

Abstract *Original Article*

Investigation on the effects of pain assessment workshop on knowledge, attitude, and practice of nurses in Valie-Asr Hospital in Arak

P.Varvani Farahani[1], D. Hekmatpou[2], M. Saeedi[3], S. Shamsikhani[4]

Background and Aim: A major reason for lack of pain control is inadequate training and skills of the staff. Nursing is intervened in order to provide patients with more comfort and pain control. Nurses can maximize the control of patient's pain through pain assessment. In this line, this study aimed to investigate the effects of pain assessment workshop on the knowledge, attitude, and practice of nurses working in Valie-Asr Hospital of Arak.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was done on 80 nurses in the operation, orthopedics, emergency, and burn wards of Valie-Asr Hospital of Arak. The tools included demographic, knowledge, and attitude questionnaires and practice observational checklist. Validity of the tools was evaluated using content validity, and their reliability was assessed by test-retest (for the knowledge questionnaire), Cronbach's Alpha (for the attitude questionnaire), and interrater reliability (for the observational checklist). Intervention occurred during four 45-minute-long sessions for nurses. The knowledge and assessment questionnaires were completed by nurses, and the checklists by the researcher's colleague for the second time. Data were analyzed in SPSS (version 16) by paired t-test and Pearson.

Results: Scores means of knowledge increased from 9.2 ± 99.7 to 5.2 ± 71.13, of attitude from 5.7 ± 9.22 to 6.7 ± 5.37, of practice concerning asking the patient questions from 4 ± 3.8 to 5.4 ± 1.16 and practice concerning using pain assessment tool from 7.1 ± 7.1 to 8.1 ± 3.5. ($p \leq 0.001$).

Conclusion: Pain assessment workshop can be effective on enhancing the knowledge, attitude, and practice of nurses. Therefore, periodical training, provision of pain assessment equipment, and proper policies and procedures for monitoring and evaluating pain assessment can be effective.

Keywords: Pain assessment, Knowledge, Attitude, Practice, Nurses, Education

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2013; 10 (3):183-191

Received: September 21,2012 Last Revised: June 23,2013 Accepted: July 16,2013

[1] *Instructor, Pediatrics Education Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.*

[2] *Correspondence author: Ph.D. in Nursing, Assistant Professor, Medical-Surgical Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Iran. dr_hekmat@arakmu.ac.ir*

[3] *Instructor, Master of Medical Education, Medical-Surgical Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran*

[4] *Instructorr, Master of Psychology Education, Department of Psychology, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]