فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۴، شماره ۴، تابستان ۱۳۹۳

موانـــع مدیریـــت درد: مقایســـه دیـــدگاه پزشـــکان و پرســـتاران

عاطفه دهنوعلیان*[۱]، علی محمدپور[۲]

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد
۲. استادیار گروه آموزش پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامائی گناباد

تاریخ دریافت: ۹۲/۹/۲ تاریخ بازبینی: ۹۲/۱۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۷

چکیده

زمینـه و هـدف: تـداوم درد عـلاوه بـر مشـکلاتی همچـون اختـلال در رونـد بهبودی، خـواب و کاهـش کیفیـت زندگـی، در ۶۰-۳۰ درصد مـوارد، در افـرادی کـه بـه دردهـای مزمـن مبتـلا هسـتند، مشـکلات روحـی نظیـر افسـردگی را نیـز ایجـاد می‌کنـد. بنابراین شـناخت موانـع مدیریـت درد حائز اهمیـت اسـت. هـدف ایـن پژوهش" مقایسـه دیـدگاه پزشـکان و پرسـتاران در مورد موانـع مدیریت درد در بیمارسـتان‌های آموزشـی شهرسـتان گناباد در سـال ۱۳۹۱ می‌باشـد.

مـواد و روش‌هـا: ایـن مطالعـه توصیفـی- تحلیلـی با شـرکت ۱۳۵ پزشـک و پرسـتار به روش سرشـماری در بیمارسـتان‌های آموزشـی شهرسـتان گنابـاد در سـال ۱۳۹۱ انجـام شـد. ابـزار گـردآوری داده‌ها، پرسشـنامه پژوهشـگر سـاخته بود کـه در دو بخش (ویژگی‌هـای دموگرافیک و ۴۴ سـوال مربـوط بـه موانـع در چهـار حیطه سـازمان، پرسـتار، مددجو و پزشـک) تنظیم شـد. داده‌ها با اسـتفاده از نرم‌افـزار SPSS (نسـخه ۲۰) و آزمون‌های آمـاری مجـذور کای، آزمـون تـی مسـتقل و من‌ویتنـی در سـطح معنـی‌داری ۰/۰۵ >P تجزیه و تحلیل شـدند.

یافته‌هـا: شـرکت‌کنندگان در مطالعـه ۶۳/۷٪ زن،۳۷/۳٪ مـرد، ۷۹/۳٪ متاهل، ۸۰/۷٪ پرسـتار، ۱۲/۶٪ پزشـک و ۷۹/۳٪ کارشـناس بوده‌اند. میانگین و انحـراف معیـار سـنی شـرکت‌کنندگان ۷/۳ ± ۳۱/۳ سـال بـود. نتایـج نشـان داد کـه شـرکت‌کنندگان در مطالعه موانع مربـوط به مددجـو را به عنوان مهمتریـن مانع مدیریـت درد می‌دانند.

نتیجه‌گیـری: شـناخت موانـع مدیریـت درد بـر غلبـه بر ایـن موانع کمک نموده و از سـویی ضروری اسـت کـه بر اهمیت ارائـه اطلاعات بـه بیماران به عنـوان قسـمتی از مدیریت کنتـرل درد تاکید گردد.

واژه‌های کلیدی: مدیریت درد، موانع، دیدگاه پزشکان و پرستاران

مقدمه

درد نشـانه جالبـی از توانائـی حیـات و پدیـده شـگفت زندگـی اسـت کـه در بسـیاری از مـوارد باعـث نجـات جـان انسـان می‌شـود و مـا را از زیان‌بخـش بـودن عوامـل خارجـی آگاه می‌سـازد و گاهـی هـم بـه سـبب تحمـل ناپذیـر شـدنش چنـان عرصـه را بـر آدمـی تنـگ می‌کنـد کـه میـل بـه زنـده بـودن

نویسنده مسئول: کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد
ایمیل: adehnoalian@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-09-15]

را از یاد می‌برد. این پدیده یکی از همگانی‌ترین واقعیات و رویدادهای زندگی انسان و از جمله شایع‌ترین دلایلی است که باعث می‌شود بیماران به جستجوی کمک بپردازند و هیچ رابطه‌ای با سن، جنس و نژاد ندارد[۱].

در بررسی چانگ و لوی در سال ۲۰۰۳ درد از بیشترین مشکلات پرستاری تشخیص داده شده در بخش‌های جراحی بوده و تقریباً ۸۵ درصد بیماران بستری در بخش‌های جراحی از درد شکایت داشته‌اند[۲].

پژوهش اپلبوم در سال ۲۰۰۳ بر روی ۲۵۰ نفر از بیماران که عمل جراحی در بیمارستان‌های شیکاگو انجام داده بودند، نیز نشان داد که ۸۰٪ بیماران بعد از عمل درد داشتند و درد در ۸۶٪ آنان شدید تا متوسط بوده است[۳].

تداوم درد علاوه بر مشکلاتی همچون اختلال در روند بهبودی، خواب و کاهش کیفیت زندگی، بالا رفتن عوارض، نگرانی و اضطراب، در ۶۰-۳۰ درصد موارد در افرادی که به دردهای مزمن مبتلا هستند، مشکلات روحی نظیر افسردگی را نیز ایجاد می‌کند. بنابراین مدیریت درد و تسکین آن بسیارحائز اهمیت است[۴و۵] و از مهمترین و متداول ترین مباحث جامعه امروزی به خصوص جامعه پزشکی و مشاغل بهداشتی است[۶].

اهمیت اداره و کنترل درد، مزایایی برتر از تخفیف درد دارد، به‌طوری که به دنبال کاهش درد، می‌توان از عوارض احتمالی درد در بیماران پیشگیری نمود. چرخه معیوب درد می‌تواند نهایتاً موجب عدم اطمینان بیمار در توانایی و انگیزه تیم درمانی برای تسکین درد شود[۷]. تسکین موثر درد بیماران نه تنها موجب راحتی جسمی بیمار می‌شود، بلکه موجب ارتقائ کیفیت زندگی، برگشت سریع به زندگی روزمره و کاهش مدت اقامت در بیمارستان و هم چنین کاهش هزینه‌های وی می‌شود[۷و۸].

مدیریت درد که به آن طب درد هم گفته می‌شود شاخه‌ای از پزشکی می‌باشد که از درد و رنج بیماران کاسته و باعث بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود[۹] و عوامل جسمی، روانی، فرهنگی، محیطی و اجتماعی بر آن تاثیر می‌گذارد[۴].

تیم مدیریت درد شامل پزشکان، روان‌شناسان بالینی، فیزیوتراپ، کاردرمان و پرستار می‌باشد[۹].

روش‌های درمانی مدیریت درد به دو روش تسکین درد دارویی و غیر دارویی تقسیم می‌شوند. روش دارویی شامل استفاده از داروی مخدر، غیرمخدر، ضد درد غیر استروئید و متفرقه است اگرچه درمان دارویی قویترین ابزار در دسترس است، اما تنها وسیله نیست[۱۰]. تقریباً ۱۵-۹٪ موارد مصرف داروها، با واکنش‌های دارویی همراه است و ۲۰-۱۰٪ بستری شدن افراد در بیمارستان‌ها ناشی از واکنش زیان‌آور داروها می‌باشد[۱۱].

مداخلات غیردارویی که معمولاً برای افزایش آسایش جسمی و روانی بیمار استفاده می‌گردد شامل انحراف فکر، موسیقی، هیپنوتیزم، لمس درمانی، گرما و سرما درمانی، ماساژ و تحریک الکتریکی عصب از راه پوست است که می‌تواند ضمن ایجاد خطر کمتر برای بیمار، در تسکین درد او کمک کننده باشد[۱۰].

تحقیقات فراوانی ناکافی بودن مدیریت درد را نشان می‌دهد حتی با وجود تحقیقات در دهه‌های اخیر و وجود ضد دردهای موثر و در دسترس، هنوز تعداد زیادی از بیماران درد خفیف تا شدید را تجربه می‌کنند[۱۲]. در بررسی تورو در سال ۲۰۰۴ در مورد کفایت مدیریت درد، در افراد مبتلا به کانسر مشخص گردید که درد در ۷۰٪ بیماران به طور کافی درمان نمی‌شود[۱۳].

لذا با توجه به اینکه مدیریت درد به کارگروهی و تیمی نیاز دارد کادر درمانی به ویژه پزشکان و پرستاران با همکاری هم، موظف به تشخیص بیماران دردمند، ارزیابی درد آنها و استفاده از اقدامات درمانی مناسب هستند. پزشکان به عنوان تجویزکننده داروهای مسکن و پرستاران به عنوان افرادی که بیمار را از نظر درد بررسی و در مورد دادن داروهای مسکن و استفاده از روشهای غیردارویی تصمیم می‌گیرند در این کار گروهی نقش دارند[۵].

در ایران تنها روش و پروتکل استاندارد کنترل درد که توسط وزارت بهداشت و درمان به بیمارستان‌ها ابلاغ شده است مداخلات دارویی است و استفاده از راه‌های دیگر

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-09-15]

کنترل درد و روش‌های غیردارویی عمومی نیستند، و غالبا همان پروتکل دارویی هم به خوبی اجرا نمی‌شود. معمولا مسکن‌ها توسط پزشکان بدون ارزیابی سیستماتیک بیماران و توجه به وضعیت و شرایط مددجو ودر صورت درخواست مددجو تجویز می‌شود و هیچ چارت رسمی برای ثبت و گزارش درد وجود ندارد[۵].

تداوم این مشکل انگیزه‌ای ایجاد نمود تا به تعیین موانع اجرای مدیریت درد بپردازیم. لذا تحقیق حاضر با هدف مقایسه دیدگاه پزشکان و پرستاران در مورد موانع مدیریت درد طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک بررسی توصیفی- تحلیلی می‌باشد که به روش سرشماری انجام شده است. کلیه پرستاران و پزشکان شاغل به خدمت به صورت استخدام رسمی یا قراردادی و یا مشمول طرح در بیمارستان‌های آموزشی شهرستان گناباد با حداقل ۳ ماه سابقه خدمت در بخش و متمایل به همکاری در پژوهش مورد مطالعه قرار گرفتند. که در مجموع ۱۳۵ نفر به این پرسشنامه پاسخ دادند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه پژوهشگر ساخته که شامل دو قسمت بود استفاده شد: قسمت اول مشخصات فردی و قسمت دوم شامل ۴ بخش بود که در آن موانع مدیریت درد در حیطه‌های مربوط به سازمان، مددجو، پرستار و پزشک هر کدام به صورت جداگانه بر اساس طیف لیکرت از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم تنظیم شده و در انتهای هر بخش یک سوال باز پاسخ، در زمینه نظرات پرستاران و پزشکان در خصوص سایر مواردی که می‌تواند جزء موانع مدیریت درد باشد، آورده شده بود. در انتهای پرسشنامه نیز، ۴ سوال ۳ گزینه‌ای، در مورد تعامل لازم و مناسب در بررسی و مدیریت درد بین پرستار و پزشک تدوین گردید.

روایی پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی گناباد تائید شد و به منظور تعیین پایایی پرسشنامه یک مطالعه آزمایشی بر روی ۲۰ نفر از شرکت‌کنندگان با استفاده از ضریب همبستگی آلفای کرونباخ (α=۰/۸۲) انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (مجذور کای، آزمون تی مستقل و من‌ویتنی) استفاده گردید.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در مطالعه (۶۳/۷٪) زن،۳۷/۳٪ مرد، ۷۹/۳٪ متاهل، ۸۰/۷٪ پرستار، ۱۲/۶٪ پزشک و ۷۹/۳٪ کارشناس بوده‌اند. میانگین سنی و انحراف معیار شرکت کنندگان ۷/۳±۳۱/۳ سال بود. نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که کلیه گروه‌های مطالعه موانع مربوط به مددجو را به عنوان مهمترین مانع مدیریت درد می‌دانند (۴/۵±۳۱/۵) و بیشترین اختلاف نظر در دو گروه در حیطه موانع مربوط به مددجو بود($P<۰/۰۵$). و کمترین مانع مربوط به پرستاران بود (۲/۹±۱۷/۱).

در خصوص موانع مربوط به سازمان هر دو گروه با کمبود داروهای ضد درد و کمبود قدرت پرستاری در اجرای مداخلات مربوط به تسکین درد موافق بودند و تنها در مورد آموزش ناکافی پرسنل جهت نحوه بررسی درد و روش‌های دارویی و غیردارویی کنترل آن بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نشان داده شد. (جدول۱)

نتایج مطالعه در خصوص موانع مربوط به مددجو داده‌ها نشان داد اختلاف نظر معنی داری بین پرستاران و پزشکان درباره اظهار نکردن درد از سوی مددجو به علت ترس از تزریق عضلانی داروهای مسکن وجود دارد. (جدول۲)

اختلاف معنی‌داری بین کادر درمانی در خصوص موانع مربوط به پرسنل پرستاری درباره دانش ناکافی در مورد روش‌های تسکین درد غیردارویی، عدم تمایل پرستار به استفاده از روش‌های تسکین درد غیردارویی و عدم گزارش درد مددجو به پزشک از سوی پرستار به دلیل برخورد نامناسب پزشک وجود داشت (جدول۳).

مطابق جدول شماره ۴، تنها در مورد ضعف آشنایی پزشک با روش‌های غیر دارویی تسکین درد تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت($P<۰/۰۰۱$).

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-09-15]

جدول ۱: نتایج مطالعه در خصوص موانع مرتبط با سازمان. تمام داده‌ها به صورت میانگین ± انحراف معیار نشان داده شده است.

	پرستاران	پزشکان	عدد P(آزمون مجذور کای)
کمبود داروهای ضد درد	۲/۶۳±۰/۴۸	۲/۷۱±۰/۴۷	۰/۵
کمبود قدرت پرستاری در اجرای مداخلات مربوط به تسکین درد و صرفا تبعیت از دستورات تجویز شده توسط پزشک	۲/۲۸±۰/۴۵	۲/۳۵±۰/۴۹	۰/۵
آموزش ناکافی پرسنل جهت نحوه بررسی درد و ظروش‌های دارویی و غیردارویی کنترل آن	۲/۲۶±۰/۴۴	۲/۰۶±۰/۲۴	۰/۰۰۷
کمبود تعداد پرسنل پرستاری	۲/۲۳±۰/۴۲	۲/۴۱±۰/۵۰	۰/۲
ضعف رویکرد مشارکتی و سیستماتیک بین پرستار و پزشک برای ارزیابی وکنترل درد	۲/۲۸±۰/۴۵	۲/۲۴±۰/۴۳	۰/۱
ضعف سیستم نظارتی مناسب	۲/۲۲±۰/۴۱	۲/۳۵±۰/۴۹	۰/۳

جدول ۲: نتایج مطالعه در خصوص موانع مرتبط با مددجو. تمام داده‌ها به صورت میانگین ± انحراف معیار نشان داده شده است.

	پرستاران	پزشکان	عدد P (آزمون مجذور کای)
اظهار نکردن درد از سوی مددجو به علت ترس از تزریق عضلانی داروهای مسکن	۲/۶۹±۰/۴۶	۲/۹۴±۰/۲۴	۰/۰۰۱
خودداری از بیان درد به دلیل بی‌اعتنایی برخی از پرستاران یا پزشکان	۲/۹۱±۱/۸۲	۲/۶۵±۰/۴۹	۰/۵
نگرانی از زیاد شدن هزینه بیمارستان درصورت مصرف ضد دردها	۲/۸۲±۰/۳۸	۲/۸۸±۰/۳۳	۰/۲
محدودیت در دریافت مسکن به دلیل ابتلا به بیماری دیگر	۲/۵۴±۰/۵۰	۲/۴۷±۰/۵۱	۰/۷
شکایت‌های بدون دلیل و افراطی مددجویان از درد	۲/۳۱±۰/۴۶	۲/۱۸±۰/۳۹	۰/۰۹

جدول ۳: نتایج مطالعه در خصوص موانع مرتبط با پرستاران. تمام داده‌ها به صورت میانگین ± انحراف معیار نشان داده شده است.

	پرستاران	پزشکان	عدد P (آزمون مجذور کای)
دانش ناکافی در مورد روش‌های تسکین درد غیردارویی	۲/۳۳±۰/۴۷	۲/۰۶±۰/۲۴	۰/۰۰۱
عدم تمایل پرستار به استفاده از روش‌های تسکین درد غیردارویی	۲/۶۵±۰/۴۷	۲/۲۴±۰/۴۳	۰/۰۰۱
عدم گزارش درد مددجو به پزشک از سوی پرستار به دلیل برخورد نامناسب پزشک	۲/۶۵±۰/۴۷	۲/۸۸±۰/۳۳	۰/۰۱
مهارت ناکافی پرستار درتشخیص واقعی بودن درد مددجو	۲/۶۳±۰/۴۸	۲/۴۱±۰/۵۰	۰/۱
وقت‌گیر بودن روش‌های تسکین درد غیردارویی	۲/۳۹±۰/۴۹	۲/۱۸±۰/۳۹	۰/۲

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-09-15]

جدول ۴: نتایج مطالعه در خصوص موانع مرتبط با پزشک. تمام داده‌ها به صورت میانگین ± انحراف معیار نشان داده شده است.

	پرستاران	پزشکان	عدد P (آزمون مجذور کای)
بی‌توجهی پزشک به گزارش پرستار مبنی بر وجود درد در مددجو	۲/۴۶±۰/۵۰	۲/۶۵±۰/۴۹	۰/۵
ضعف آشنایی با روش‌های غیر دارویی تسکین درد	۲/۳۵±۰/۴۷	۲/۱۲±۰/۳۳	۰/۰۰۱
ترس پزشک از اعتیاد مددجو به مسکن‌های مخدر	۲/۷۶±۰/۴۲	۲/۷۱±۰/۴۷	۰/۲
تجویز ناکافی مسکن توسط پزشک	۲/۴۹±۰/۵۰	۲/۵۹±۰/۵۰	۰/۳
تجویز داروهای مسکن به صورت روتین بدون توجه به شدت درد و شرایط مددجو	۲/۴۰±۰/۴۹	۲/۶۵±۰/۴۹	۰/۶
نداشتن وقت کافی و عدم بررسی دقیق علت و شدت درد	۲/۲۹±۰/۴۵	۲/۳۵±۰/۴۹	۰/۴

بحث

با توجه به هدف پژوهش که تعیین موانع مدیریت درد و مقایسه دیدگاه‌های پزشکان و پرستاران بود و براساس نتایج به دست آمده هر دو گروه با موانع مرتبط با مددجو به عنوان مانع مهم در مدیریت درد موثر اتفاق نظر داشتند. همان‌طور که در بخش یافته‌ها نیز ذکر شد در خصوص موانع سازمانی هر دو گروه با کمبود داروهای ضد درد موافق بودند. قوامی و همکاران در پژوهشی با عنوان حقوق بیمار در رابطه با بررسی و کنترل درد بعد از عمل بیان می‌کند که به منظور رعایت حقوق بیماران می‌بایست کمیته‌های درد در هر بیمارستان تشکیل شود که از جمله وظایف آنها اطلاع‌رسانی و آگاه ساختن بیماران، پزشکان و پرستاران در زمینه کنترل درد و روش‌های تسکین آن و همچنین فراهم کردن تجهیزات مناسب از جمله تهیه و تدارک مسکن‌ها با تعداد و تنوع کافی جهت استفاده در بخش‌های بیمارستان می‌باشد[۱۴].

همچنین از جمله موارد دیگری که در مورد موانع سازمانی ذکر شد کمبود قدرت پرستاری در استفاده از روش‌های تسکین درد بود. در واقع انحصار قدرت به عده کمی در راس سلسله مراتب بیمارستانی باعث گردیده احساس ناتوانی در این سازمان‌ها همه گیر شود و پرستاران اغلب احساس می‌کنند در محیط کارشان ضعیف هستند[۱۵]. ریتوا بیان می‌کند که دادن قدرت به پرستاران باعث می‌شود که آنان دارای انگیزه‌های بالا، همکاری بهتر و تعاملات انسانی بالاتری باشند[۱۶].

در گروه‌های مورد مطالعه در بخش موانع مرتبط با مددجو فقط در خصوص اظهار نکردن درد از سوی مددجو به علت ترس از تزریق عضلانی داروهای مسکن تفاوت معنی‌دار دیده شد. بری نیز در مطالعه خود با عنوان موانع مدیریت درد به نتیجه مشابهی رسید[۱۷]. لازم به ذکر است که پرستاران نیز در پژوهش غضنفری با محدودیت در دریافت مسکن به دلیل ابتلا به بیماری‌های دیگر برخورد داشتند[۱۸]. ۵۶٪ پرستاران در پژوهش السیجیل با بیماران در پرکردن برگه‌های مربوط به سنجش درد مشکل داشتند[۴]. این تفاوت در نتایج احتمالا به دلیل اختلاف در نمونه‌هاست در پژوهش غضنفری و السیجیل شرکت کنندگان در مطالعه فقط پرستاران بودند اما در این مطالعه پرستاران و پزشکان مورد مطالعه قرار گرفتند. تحقیق حاضر نشان داد که در خصوص موانع مربوط به پرستاران اکثریت کادر درمان با عدم گزارش درد مددجو به پزشک از سوی پرستار به دلیل برخورد نامناسب پزشک موافق بودند . درایر در مطالعه خود نیز عنوان می‌کند عدم توافق بین پزشکان با پرستان مانعی برای کنترل بهتر درد می‌باشد[۲۰]. ۶۱٪ از پرستاران در مطالعه السیجیل همچنین عنوان می‌کنند که ارتباط نامناسب بین پرستار و پزشک به عنوان مانعی مهم برای مدیریت درد است[۴]. ایجاد ارتباط

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-09-15]

صحیح به عنوان مهمترین ویژگی لازم برای افراد شاغل در مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌باشد که این ارتباط باعث افزایش آگاهی از مسائل و مشکلات بیمار می‌گردد[۲۰].

در مورد موانع مربوط به پزشکان نیز بین دو گروه پرستاران و پزشکان درباره ضعف آشنایی پزشک با روش‌های غیر دارویی تسکین درد اختلاف نظر دیده شد. کارمن در پژوهش خود می‌نویسد که ۳۰ درصد پزشکان در مورد مدیریت درد هیچ آموزش رسمی نمی‌بینند[۲۱]. نتایج مورلی نیز نشان می‌دهد که نیمی (۵۰نفر) از شرکت‌کنندگان در مطالعه‌اش معتقدند که در خصوص مدیریت درد و روش‌های دارویی و غیردارویی پزشکان نیاز به آموزش دارند[۲۲].

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به کمبود نمونه‌ها و اینکه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش به طور عمده از پزشکان و پرستاران بیمارستان‌های آموزشی- درمانی بودند لذا تعمیم داده‌ها برای پرسنلی که در مراکز درمانی خصوصی مشغول به کار هستند باید با احتیاط صورت گیرد. امید است این محدودیت با گسترش نمونه‌گیری به مراکز خصوصی که از امکانات و کارکنان بیشتری برخوردارند کاسته شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از نظر خواهی پرستاران و پزشکان مشخص شد که اکثر شرکت کنندگان موانع مرتبط با مددجو را از عوامل عدم اجرای مدیریت درد عنوان کردند. براساس نتایج مطالعه پیشنهاد می‌شود که بر اهمیت ارائه اطلاعات به بیماران به عنوان قسمتی از مدیریت کنترل درد تاکید گردد. در واقع آموزش به بیماران در مورد اجرای روش‌های خود مراقبتی و روتین کردن استفاده از روش‌های غیر دارویی می‌تواند در برطرف کردن مشکلات ناشی از به کارگیری روش‌های غیر دارویی و مدیریت بهتر درد مفید باشد. همچنین پیشنهاد ما این است که تشکیل تیم مدیریت درد سازماندهی شده می‌تواند راهی برای افزایش توانمندی پرسنل درمانی در بیمارستان باشد با تشکیل این تیم پرسنل با سنجش درد آشنا شده، درد را سریعتر شناسایی کرده و کنترل درد موثرتری انجام خواهند داد. البته با توجه به اینکه پزشکان و پرستاران جزئی از تیم مدیریت درد می‌باشند بنابراین باید بر ایجاد رویکردها و دیدگاه‌های مشترک این دو گروه جهت مدیریت درد نیز تاکید کرد تا با از بین رفتن اختلاف سلیقه و تعارضات افراد مختلف تیم درمانی، آنها بتوانند با وحدت رویه به نحو موثری مدیریت درد را انجام دهند.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایت مالی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گناباد انجام شده است. بدین وسیله نویسندگان مقاله تشکر و سپاس بی‌دریغ خود را از شورای پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی، معاونت آموزشی، پژوهشی و مدیریت امور پژوهشی دانشگاه ابراز می‌کنند. همچنین از سرکار خانم میری و جناب آقای تولیده‌ای که در امر تجزیه و تحلیل آماری یاری نمودند، مدیریت محترم بیمارستان‌های آموزشی شهرستان گناباد و پزشکان و پرستاران محترم که در اجرای این پژوهش ما را همراهی نموده کمال تشکر داریم.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-09-15]

References

1. Sobhani S. [Pain and Nursing Care (Persian)].1st ed. Tehran: jahad publication, 1998; 15-16 .
2. Chung JW, Lui JC. Postoperative pain management: study of patients' level of pain and satisfaction with health care providers' responsiveness to their reports of pain. Nurs Health Sci. 2003 Mar;5(1):13-21.
3. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta S, Gan T. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. Anesth Analg. 2003; 97(2): 534-540.
4. Elcigil A, Maltepe H, Esrefgil G, Mutafoglu K. Nurses's Perceived Barriers to Assessment and Management of Pain of a University Hospital. Pediatr Hemat Oncol. J Pediatr Hematol Oncol. 2011 Apr;33 Suppl 1:S33-8.
5. Rejeh N, Ahmadi F, Mohammadi E, Anoosheh M, Kazemnejad A. Barriers to, and facilitators of post-operative pain management in Iranian nursing:a qualitative research study. Int Nurs Rev. 2008 Dec; 55(4):468-75.
6. Hossein rezaei H, Abbaszade A. [Evaluation of methods used to relieve pain by nurses working in Kerman hospitals (In Persian)]. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci. 2002; 10(3):16-21.
7. Eghbali M. [Patients' viewpoints concerning post surgical pain management (In Persian)].Nursing & Midwifery Research. 2006; 11(2): 15-20.
8. Potter A, Patritia A. Fandumental of nursisng. Salemi S, Najafi T, Khatoni A, Khademian Z, Nasiriani Kh, Alinia Sh. et al.(Persian Translator). 6th ed.Tehran: salami, 2006; 342.
9. Hardy P. Chronic pain management: the essentialss. 1st ed.London: Greenwich Medical Media 1997;10-13.
10. Taylor C, Lemone P, Lillis C. Fundamentals of nursing: the art & science of nursing care. Ahmad larigani F, Mahdavi Z, Shokri pour H. (persian Translator). Tehran: Boshra, 2008; 185.
11. Schnyder B. Approach to the patient with drug allergy. Med Clin North Am. 2010; 94(4):665-79.
12. Regeh N, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemi Nejad A, Anooshe M. [Pain Management: Patients' Perspective(In Persian)]. Iran J Nurse. 2007; 20(52): 7-20.
13. Okuyama T, Wang X, Akechi T, Mendoza T, Hosaka T, Cleeland Ch, et al. Adequacy of Cancer Pain Management in a Japanese Cancer Hospital. Jpn J Clin Oncol. 2004; 34(1):34-37.
14. Ghavami H, Mohamadi J, Ahmadi F, Basyrnia N. [Patient's rights in Connection with the investigation and control of postoperative pain(In Persian)]. Urmia Med J 2004;16(2): 91-96.
15. Asadzandi M, Ebadi A, Karami Zarchi AA, Gholami M, Farsi Z. [The relationship between nurse's perception of their head nurses empowerment behaviors and their own work effectiveness (In Persian)]. JAUMS. 2007; 5(1) :1133-1139
16. Ritva R. Power or the lack of it in nursing care. J Adv Nurs. 1994; 19(3): 424-432.
17. Berry PE, Ward SE. Barriers to pain management in hospice: a study of family caregivers. Hosp J. 1995;10(4):19-33.
18. Ghazanfari Z, Forough-Ameri G, Mir Hosseini M. The nursing staff views about barriers of using pain relief methods. IJCCN. 2011; 3(4):149-152.
19. Drayer R, Henderson J, Reidenberg M. Barriers to Better Pain Control in Hospitalized Patients. J Pain Symptom Manage. 1999 Jun;17(6):434-40.
20. Zamani AR, Zamani N, Sherafat Z. [Assessment and compare of nurses and physicians views about Dr-nurse relationship cycle in Alzahra hospital(In Persian)]. J Isfahan Med Sch. 2011; 28(120):1529-1536.
21. Green CR, Wheeler JR, Marchant B, LaPorte F, Guerrero E. Analysis of the Physician Variable in Pain Management. Pain Med. 2001 Dec; 2(4):317-27.
22. Morley-Forster PK, Clark AJ, Speechley M, Moulin DE. Attitudes toward opioid use for chronic pain: a Canadian physician survey. Pain Res Manag. 2003;8(4):189-94.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-09-15]

Journal of Anesthesiology and Pain *Summer* 2014, Vol 4, NO 4

Barriers to pain management: Comparing the viewpoints between physicians and nurses

Atefeh Dehnoalian[1*], Ali Mohammadpour[2]

1. *Student Research committee, Gonabad University of Medical Sciences*
2. *Assistant Professor of Medical &Surgical Nursing, Gonabad School of Nursing and Midwifery*

ABSTRACT

Aims and Background: The persistence of pain creates problems such as impaired recovery process and sleep, reduced quality of life, and increased morbidity. In addition in 30-60% of cases, chronic pain can cause emotional problems such as depression .Therefore it is important to identify barriers to pain management .The aim of this study was to compare the viewpoints of physicians and nurses about the barriers to pain management in Gonabad hospitals in 2012.

Materials and Methods: This Descriptive - analytic study was conducted with 135 physicians and nurses with census sampling method in teaching hospitals in Gonabad city in 2012. The Data collection tool was a questionnaire made by the researcher and was set in two parts (demographic characteristics and 44 questions in four sections related to organizational, nurse, patient and physician barriers). For data analysis, SPSS was used including Descriptive and inferential tests.

Findings: The characteristics of the participants in this study were: 63.7% female, % 79.3% married 80.7% nurses, 12.6 % Physicians, and 79.3% with a bachelor's Degree. The mean age of participants was 31/3 ± 7/3 years. Our results showed that participants consider the barriers related to patients, as the most important barrier to pain management.

Conclusion: Identifying pain management barriers would help in overcoming these barriers and it is essential to emphasize the importance of providing information to patients as part of pain management.

Keywords: Pain management, Barriers, Physician's and nurse's viewpoints

Please cite this paper as:
Dehnoalian A, Mohammadpour A. [Barriers to pain management: Comparing the viewpoints between physicians and nurses (Persian)]. JAP 2014;4(4):49-56.

Corresponding Author: Student Research committee, Gonabad University of Medical Sciences
Email: adehnoalian@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-09-15]