CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

Challenges in Self-Reporting Pain in Postoperative Patients and the Need for a Multifaceted Assessment

Azar Darvishpour (PhD) [1,2] *

1 .Zeyinab (P.B.U.H) School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

2 .Social Determinants of Health Research Center, Trauma Institute, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Corresponding Author: A. Darvishpour (PhD)
Address: Zeyinab (P.B.U.H) School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.
Tel: +98 (13) 42536263**. E-mail:** Darvishpour@gums.ac.ir

Article Info

Article Type:
Letter to Editor

Received:
April 25th 2025

Revised:
May 9th 2025

Accepted:
May 18th 2025

Published online:
Jun 2ed 2025

ABSTRACT

Postoperative pain is one of the biggest challenges in clinical care. Despite the widespread use of numerical pain scales, patients, especially the elderly or those with low health literacy, often do not have an accurate understanding of these scales and report higher pain intensity than is actually present. Psychological factors such as anxiety and fear, previous experiences, cultural backgrounds, and individual differences in pain thresholds also contribute to this exaggeration. This can lead to over-prescription of narcotics and increased treatment costs. Therefore, it seems inappropriate and sometimes misleading to rely solely on the patient's numerical pain score, especially after surgery. Nurses should take a multidimensional approach including patient education, the use of complementary tools, psychological screening and functional assessment to more accurately measure pain intensity.

Keywords: *Pain, Patient, Surgery, Assessment*

Cite this article: Darvishpour A. Challenges of Self-Reporting Pain in Postoperative Patients and the Need for a Multifaceted Assessment. *Caspian Journal of Health and Aging*. 2025; 10 (1): 1-4. DOI: 10.22088/cjhaa.10.1.2

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-12-03]

[DOI: 10.22088/cjhaa.10.1.2]

Copyright©2025 The Authors, published by Babol University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/.) Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

چالش‌های خوداظهاری درد در بیماران پس از جراحی و لزوم بررسی چند وجهی

آذر درویش پور (PhD)[۱،۲] *

۱. دانشکده پرستاری و مامایی زینب (س)، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده تروما، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
نامه به سردبیر

دریافت:
۱۴۰۴/۲/۵

اصلاح:
۱۴۰۴/۲/۱۹

پذیرش:
۱۴۰۴/۲/۲۸

انتشار:
۱۴۰۴/۳/۱۲

چکیده

درد پس از جراحی یکی از چالش‌برانگیزترین مسائل در مراقبت‌های بالینی است. با وجود کاربرد گسترده مقیاس عددی درد، بیماران به‌ویژه افراد سالمند یا با سواد سلامت پایین، اغلب درک دقیقی از این مقیاس ندارند و شدت درد را بیش از حد واقعی گزارش می‌کنند. عوامل روانی مانند اضطراب و ترس، تجربه‌های گذشته، زمینه‌های فرهنگی و تفاوت‌های فردی در آستانه تحمل درد نیز در این اغراق مؤثرند. این امر می‌تواند به تجویز بیش‌ازحد داروهای مخدر و افزایش هزینه‌های درمان منجر شود؛ بنابراین، به نظر می‌رسد اتکای صرف به گزارش عددی درد از سوی بیمار، به‌ویژه پس از جراحی، ناکافی و گاه گمراه‌کننده است. پرستاران باید از رویکردی چندبعدی شامل آموزش بیمار، استفاده از ابزارهای مکمل، غربالگری روانی و ارزیابی عملکردی برای سنجش دقیق‌تر شدت درد استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: *درد، بیمار، جراحی، ارزیابی*

استناد: آذر درویش پور. چالش‌های خوداظهاری درد در بیماران پس از جراحی و لزوم بررسی چند وجهی. مجله سلامت و سالمندی خزر. ۱۴۰۴؛ ۱۰(۱): ۴-۱.

* مسئول مقاله: دکتر آذر درویش پور
آدرس: دانشکده پرستاری و مامایی زینب (س)، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران تلفن: ۴۲۵۳۶۲۶۲- ۰۱۳ رایانامه: Darvishpour@gums.ac.ir

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-12-03]

[DOI: 10.22088/cjhaa.10.1.2]

سابقه و هدف

درد پس از جراحی یکی از شایع‌ترین و در عین حال، چالش برانگیزترین موضوعات در مراقبت‌های بالینی است. اگرچه درد یک تجربه ذهنی و فردی است، اما در محیط‌های درمانی برای سنجش آن نیاز به ابزارهای استاندارد و قابل اطمینان وجود دارد. یکی از پرکاربردترین این ابزارها، مقیاس عددی درد است که از بیمار درخواست می‌شود شدت درد خود را بین صفر (بدون درد) تا ۱۰ (شدیدترین درد قابل تصور) درجه‌بندی کند. این ابزار به دلیل سادگی، سرعت اجرا و قابلیت استفاده در شرایط مختلف، به طور گسترده‌ای در مراکز درمانی دنیا پذیرفته شده است (۱). با وجود مزایای فراوان مقیاس عددی درد، مطالعات بالینی اخیر نشان داده‌اند که گزارش خوداظهاری بیماران از شدت درد، به‌ویژه پس از جراحی، در بسیاری موارد اغراق‌آمیز است (۲). مشاهدات پژوهشگر به عنوان عضو هیات علمی در زمان کارآموزی با دانشجویان در بخش‌های جراحی مراکز درمانی نیز حکایت از همین موضوع دارد. بسیار مشاهده می‌شود که بیماران، اعدادی همچون ۸، ۹ یا ۱۰ را برای شدت درد خود اعلام می‌کنند، در حالی که علائم بالینی، نشانه‌های فیزیولوژیک، و واکنش‌های رفتاری با چنین شدتی از درد هم‌خوانی ندارند. این پدیده، ارزیابی پرستاری را تحت تأثیر قرار داده و می‌تواند منجر به تجویز بیش از حد داروهای مخدر، طولانی‌شدن بستری و افزایش هزینه‌های درمان شود (۳).

دلایل متعددی در پس این پدیده قرار دارند. یکی از مهم‌ترین آن‌ها، درک نادرست بیماران از مقیاس عددی درد است. بسیاری از بیماران، به‌ویژه افراد سالمند یا کسانی که سواد سلامت پایین‌تری دارند، درک دقیقی از معنای عدد ۱۰ ندارند (۴) و آن را صرفاً به‌عنوان «درد شدید» تلقی می‌کنند، نه شدیدترین درد ممکن. عامل دوم، اضطراب، ترس و عوامل روان‌شناختی است. مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مضطرب یا نگران، دردی که تجربه می‌کنند را شدیدتر احساس می‌کنند و در نتیجه آن را شدیدتر گزارش می‌دهند (۵). تجربه‌های قبلی بیماران نیز در این میان تأثیرگذار است. بیماران ممکن است در گذشته در شرایطی قرار گرفته باشند که دردشان نادیده گرفته شده یا به آن بی‌توجهی شده است. همچنین، در برخی فرهنگ‌ها، ابراز درد یک واکنش قابل‌قبول و حتی مطلوب اجتماعی است، در حالی که در برخی دیگر، پنهان‌کردن درد نوعی رفتار مطلوب تلقی می‌شود. در نهایت، تفاوت‌های فردی در آستانه تحمل درد نیز عامل مهمی در گزارش‌های اغراق‌آمیز یا گاه کمتر از واقعیت است. عوامل ژنتیکی، هورمونی، سابقه بیماری، جنسیت و وضعیت روانی نیز می‌توانند بر نحوه تجربه و گزارش درد تأثیر بگذارند.

با توجه به مجموعه این عوامل، به نظر می‌رسد اتکای صرف به گزارش عددی درد از سوی بیمار، به‌ویژه پس از جراحی، ناکافی و گاه گمراه‌کننده است. پرستاران، به‌عنوان خط مقدم ارزیابی درد، برای بهبود دقت در ارزیابی درد بیماران پس از جراحی، باید در گام نخست، آموزش مناسبی به بیماران در مورد نحوه استفاده از مقیاس عددی درد ارائه دهند. در کنار استفاده از مقیاس عددی درد، بهره‌گیری از ابزارهای مکمل ارزیابی درد مانند مقیاس چهره‌ای برای بیماران با سواد پایین یا کودکان و پرسشنامه‌هایی مانند Mack Gil برای درک ابعاد کیفی درد توصیه می‌شود. ارزیابی وضعیت روانی بیماران نیز بخش جدایی‌ناپذیر از مدیریت درد است. به همین منظور، استفاده از ابزارهای غربالگری مانند HADS می‌تواند در شناسایی بیماران پرریسک مؤثر باشد و در صورت نیاز، ارجاع آنان به روان‌پرستار یا روان‌شناس بالینی توصیه می‌شود. با عنایت به این توضیحات پرستار باید ارزیابی درد را در زمان‌های مختلف، پیش و پس از دریافت مسکن، در حالت استراحت و حین فعالیت و با توجه به تأثیرات عملکردی درد بر زندگی روزمره بیمار انجام دهد. در نهایت، توانمندسازی پرستاران از طریق آموزش‌های ضمن خدمت، کارگاه‌های بالینی و آشنایی با دستورالعمل‌های به‌روز در زمینه ارزیابی و مدیریت درد، نقش کلیدی در بهبود کیفیت مراقبت ایفا می‌کند .

نتیجه‌گیری

در مجموع، ارزیابی دقیق درد نیازمند رویکردی چندوجهی، آگاهانه و حساس به زمینه‌های روانی، فرهنگی و فردی بیماران است. صرف اعتماد به گزارش عددی بدون بررسی عوامل مؤثر بر ادراک و بیان درد، می‌تواند به مداخلات درمانی نامتناسب منجر شود. پیشنهاد می‌شود تیم‌های درمانی، به‌ویژه پرستاران، از ابزارهای ترکیبی، آموزش به بیمار و بررسی مستمر وضعیت روانی استفاده کنند تا تصویری واقعی‌تر و علمی‌تر از شدت درد بیماران به‌دست آورند.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-12-03]

[DOI: 10.22088/cjhaa.10.1.2]

References

1. Stjernberg-Salmela S, Karjalainen T, Juurakko J, Toivonen P, Waris E, Taimela S, Ardern CL, Järvinen TLN, Jokihaara J. Minimal important difference and patient acceptable symptom state for the Numerical Rating Scale (NRS) for pain and the Patient-Rated Wrist/Hand Evaluation (PRWHE) for patients with osteoarthritis at the base of thumb. BMC Med Res Methodol. 2022;22(1):127.

2. Boring BL, Ng BW, Nanavaty N, Mathur VA. Over-Rating Pain is Overrated: A Fundamental Self-Other Bias in Pain Reporting Behavior. J Pain. 2022; 23(10):1779-89.

3. Brummett CM, Evans-Shields J, England C, Kong AM, Lew CR, Henriques C, Zimmerman NM, Sun EC. Increased health care costs associated with new persistent opioid use after major surgery in opioid-naive patients. J Manag Care Spec Pharm. 2021;27(6):760-71.

4. Köppen PJ, Dorner TE, Stein KV, Simon J, Crevenna R. Health literacy, pain intensity and pain perception in patients with chronic pain. Wien Klin Wochenschr. 2018;130(1-2):23-30.

5. Michaelides A, Zis P. Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges. Postgrad Med. 2019;131(7):438-44.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-12-03]

[DOI: 10.22088/cjhaa.10.1.2]