مقاله پژوهشی

بررسی مداخلات دردناک و چگونگی کنترل درد این مداخلات در بیماران ترومایی مراجعه‌کننده به اورژانس

محمدصادق ابوطالبی[۱]، سرور مصلح[۲]، نگین مسعودی علوی[۳]، ندا السادات فاطمی[۴]، سمیه حقیقت[۵]*

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۹/۲۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۱۲/۰۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: علاوه بر دردی که بیمار به علت شکایت اصلی خود ممکن است داشته باشد، مداخلات دردناک و درمانی اقداماتی هستند که می‌توانند باعث درد و رنج برای بیمار شوند. مطالعه حاضر باهدف تعیین فراوانی و نوع مداخلات دردناک صورت گرفته و روش‌های کنترل درد این مداخلات در بیماران ترومایی مراجعه‌کننده به اورژانس انجام گردید.

مواد و روش کار: این مطالعه یک پژوهش توصیفی مقطعی است که بر روی بیماران ترومایی مراجعه‌کننده به اورژانس در طول مدت ۱۰ روز متوالی انجام شده است. بیماران با روش نمونه‌گیری غیر احتمالی مستمر و طبق معیارهای ورود وارد مطالعه گردیدند. جهت کسب اطلاعات از یک چک‌لیست محقق ساخته که شامل ابزار اندازه‌گیری شدت درد نمره‌ای و سایر اطلاعات مرتبط با مداخلات دردناک و روش کنترل درد بود، استفاده شد. اطلاعات در نرم‌افزار SPSS نسخه شانزده وارد و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سنی ۴۰۰ بیمار تحت مطالعه ۱۳/۳۷±۳۵/۴۳ سال بود، که از این میان (۸۱/۷ درصد)۳۲۶ نفر مذکر بودند. در کل برای (۶۱/۲ درصد)۲۴۵ بیمار مداخله دردناک صورت گرفت. بیشترین مداخله دردناک صورت گرفته بخیه (۲۱/۸درصد) بوده است. میانگین شدت درد قبل و بعد از مداخله دردناک به ترتیب ۲/۶۹±۶/۳۵ و ۲/۶±۵/۵۷ از مقیاس درد ده نمره‌ای بود. آزمون تی زوجی تفاوت معنی‌داری را بین شدت درد قبل و بعد از مداخلات دردناک نشان داد (P=0/001).

بحث و نتیجه‌گیری: مطالعات بیشتر و جامع‌تر در مورد مداخلات دردناک و کنترل درد ناشی از آن که دردی در حد متوسط برای بیمار ایجاد می‌کند نیاز است. باید به اقدامات برای کنترل درد مداخلات، تنوع و کمیت آن‌ها با توجه به عوارض و محدودیت‌های هر روش توجه شود.

واژه‌های کلیدی: مداخلات دردناک، کنترل درد، صدمات و زخم، بخش اورژانس

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره دوازدهم، پی‌درپی ۱۰۱، اسفند ۱۳۹۶، ص ۹۱۰-۹۰۲

آدرس مکاتبه: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، تلفن: ۳۶۶۸۰۰۴۸
Email: s_haghighat@nm.mui.ac.ir

مقدمه

درد تجربه ناخوشایندی است که بسیاری از بیماران بستری در بیمارستان از آن رنج می‌برند. انواع درد، چه از نوع مزمن و یا حاد، هزینه‌ها و ناراحتی‌هایی را به جامعه و فرد تحمیل می‌کند. استفاده از نیروی انسانی را تحت تأثیر قرار داده و بهره‌وری را کاهش می‌دهد(۱)، مدت بستری در بیمارستان، بی‌حرکتی و هزینه‌ها را افزایش داده(۲) و بر رضایت بیماران از خدمات ارائه شده تأثیر دارد(۲، ۳). سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده که ۲۰ درصد جمعیت دنیا از درد به‌طور غیر ضروری رنج می‌برند که ۳۳ درصد از این گروه توانایی زندگی مستقل را ندارند(۴).

درد به‌عنوان شایع‌ترین علت مراجعه بیماران به مراکز مراقبت درمانی و دریافت دارو معرفی شده است. ۷۵ درصد بیمارانی که در اورژانس جویای کمک هستند، سطحی از درد را تجربه نموده‌اند(۵). با وجود شیوع بالای درد در بین بیماران مراجعه‌کننده به مراکز

[۱] مربی، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
[۲] مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
[۳] استاد، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
[۴] کارشناس ارشد ویژه اطفال، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
[۵] مربی، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

درمانی، بی‌دردی ناکافی(الیگوآنالژزیا)، که به تجویز ناکافی داروهای بی‌درد کننده برای درمان درد بیماران اشاره دارد، هنوز در بین بیماران اورژانس معمول بوده (۶) و درواقع یک مشکل جهانی است. با وجود اهمیت بالایی که کنترل درد بیماران برای پیشگیری از عوارض ناشی از آن دارد، تنها حدود ۳۰ درصد بیماران دارای درد حاد بستری در ED[1]، درمان کافی برای رفع درد دریافت کردند (۵، ۷).

به دلیل این‌که حرفه‌های مراقبت سلامت باید از حداقل حقوق انسانی بیماران محافظت به عمل آورند، بنابراین کاهش درد و رنج غیرضروری، به‌وسیله آن‌ها الزامی است(۸). از طرفی بیماران سطح انتظار بالایی برای رفع درد دارند، به‌طوری‌که تحقیقی در ایالت یوتای آمریکا نشان داد که بیماران به‌طور متوسط انتظار داشتند که ۷۲ درصد از دردشان رفع گردد. ۱۸ درصد رفع کامل درد را توقع داشتند. همین نتایج برای بیماران بدون درد با فرض این‌که در بخش اورژانس درد دارند، صادق بوده است(۳).

از طرف دیگر به غیر از دردی که بیمار به علت شکایت اصلی خود ممکن است داشته باشد، مداخلات تشخیصی و درمانی از قبیل تعبیه راه وریدی، گذاشتن لوله قفسه سینه، سونداژ مثانه، شستشوی و بخیه زخم می‌تواند برای بیمار دردآور باشد. انجام مداخلات دردناک در بخش اورژانس از شیوع بالایی برخوردار است(۹). اگرچه این مداخلات برای درمان بیماران ضروری هستند، ولی می‌توانند باعث درد و رنج برای بیمار، خانواده او و حتی مراقبین سلامت شوند(۱۰). کمبود ابزار برای ارزیابی‌درد ناشی از مداخلات دردناک، شکاف بزرگی را در اندازه‌گیری‌های این نوع درد و کنترل آن ایجاد کرده است و به‌تبع آن می‌تواند کیفیت مراقبت از بیماران را تحت تأثیر قرار دهد(۱۱). به‌طوری‌که یافته‌های یک مطالعه مروری، حاکی از آن است که ابزارهای تعیین درد به‌طور خاص فقط برای برآورد درد کنونی بیمار بوده و ابزار مناسبی برای برآورد درد ناشی از مداخلات دردناک در دست نیست(۹).

عوامل متعددی می‌تواند بر میزان درد حاصل از مداخلات دردناک تأثیر گذار باشد. مطالعه پانتیلو و همکاران در بخش مراقبت‌های ویژه نشان داده است چندین فاکتور مستقل اعم از نوع مداخله، تجویز مسکن، شدت درد قبل از مداخله، میزان ترس قبل از مداخله و مداخلاتی که توسط پرستار انجام نمی‌شوند، در شدت درد مربوط به مداخلات دردناک تأثیرگذار هستند(۱۲). بنابراین درد و استرس بیمار باید در چنین شرایط اورژانسی و ملال آوری با استفاده از تدابیری خاص ارزیابی و کاهش داده شود(۱۰، ۱۳).

طی سال‌ها در حیطه پزشکی به این نتیجه رسیده شده است که مدیریت درد رویه‌های تشخیصی و درمانی دردناک و عوارض ناشی از آن بخصوص زمانی که بدون تسکین و درمان بماند، از اهمیت بالایی برخوردار است. بنابراین لازم است به این‌گونه دردها توجه شده و ارزیابی و درمان مقتضی صورت گیرد(۹). شاید بیشترین اقدام برای کاهش درد مداخلات دردناک، استفاده از تزریق لیدوکایین به‌صورت موضعی بوده که مطالعات کمی راجع به آن صورت گرفته است(۱۴). از طرفی همین اقدام نیز می‌تواند همراه با عوارضی باشد که لازم است به این عوارض توجه شده و به‌جای آن یا در کنار آن از روش‌های دیگر برای کنترل این‌گونه دردها بهره برد(۱۵).

اکثر مطالعات صورت گرفته در زمینه مداخلات دردناک، در گروه سنی اطفال و نوزادان بوده و به مقایسه روش‌های کنترل درد ناشی ازاین‌گونه مداخلات پرداخته شده است. بنابراین با توجه به مطالب ذکرشده و اهمیت کنترل درد خصوصاً درد مربوط به مداخلات درمانی در بیماران اورژانس و ترومایی، کمبود مطالعه راجع به درد مداخلات دردناک و اثرات مدیریت درد مناسب بر کاهش هزینه‌های تشخیص و درمان و افزایش رضایت بیماران، این مطالعه باهدف بررسی فراوانی و نوع مداخلات دردناک صورت گرفته و روش‌های کنترل درد این مداخلات در بیماران ترومایی مراجعه‌کننده به اورژانس انجام گردید.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی مقطعی است که در سال ۹۳ بر روی ۴۰۰ بیمار ترومایی مراجعه‌کننده به اورژانس جراحی بیمارستان شهید بهشتی کاشان در طول مدت ۱۰ روز متوالی انجام گردید. بیماران با سن بالای ۱۸ سال که دچار صدمه و یا آسیب ناشی از تروما شده بودند و دچار اختلالات روانی نبوده، اعتیاد به مواد مخدر و یا نیاز به احیای قلبی ریوی، لوله‌گذاری داخل تراشه و یا بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در بدو پذیرش نداشتند و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، با روش نمونه‌گیری غیر احتمالی مستمر وارد مطالعه گردیدند. نمونه‌های تحت مطالعه درصورتی‌که به هر دلیلی تمایل به ادامه شرکت در مطالعه را نداشتند یا دچار افت سطح هوشیاری به GCS کم‌تر از ۱۳ می‌شدند از مطالعه خارج می‌گردیدند.

به‌منظور اخذ اطلاعات مربوط به مطالعه از یک چک‌لیست محقق ساخته استفاده شد. چک‌لیست مربوطه، با جستجوی گسترده و بررسی منابع الکترونیک و کتابخانه‌ای و مطالعات گذشته مرتبط

1.Emergency Department

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

تدوین گردید. سپس، جهت تعیین روایی به جمعی از اساتید و صاحب‌نظران، ازجمله اعضای هیئت‌علمی، پزشکان و پرستاران صاحب‌نظر ارائه گردید و پس از اعمال پیشنهادات مطرح شده به‌منظور سنجش پایایی، چک‌لیست در اختیار دو تن از پرستاران قرار گرفت تا به‌طور جداگانه و هم‌زمان، اطلاعات مربوط به ۱۰ بیمار ترومایی مراجعه‌کننده به اورژانس و مورد مشاهده هر دو پرستار را جمع‌آوری کنند. میزان همبستگی بین دو ارزیاب ۰/۷۶ و آلفای کرونباخ ابزار مورداستفاده ۰/۸ به دست آمد.

چک‌لیست مذکور شامل متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، محل صدمه، نوع صدمه، مکانیسم صدمه، شدت درد قبل و بعد از مداخله دردناک و نوع مداخله دردناک صورت گرفته برای بیمار و روش کنترل درد آن بود. منظور از مداخلات دردناک در این مطالعه، بخیه زدن، گذاشتن لوله سینه‌ای، شستشوی زخم، سونداژ و پوزیشن دهی دردناک بود و منظور از روش‌های کنترل درد بی‌حسی موضعی با لیدوکایین، درمان دارویی و غیر دارویی برای تسکین درد بود(۱۶). همچنین شدت درد بیماران با ابزار امتیازدهی کلامی درد(NRS) اندازه‌گیری و ثبت گردید. در استفاده از این ابزار، از بیمار خواسته می‌شد که به درد خود ازنظر شدت از نمره ۰ (بدون هیچ‌گونه درد) تا ۱۰ (شدیدترین درد) نمره بدهد. پایایی و روایی ابزار یادشده برای استفاده در اورژانس قبلاً موردبررسی قرار گرفته است(۱۷).

پس از تصویب طرح و دریافت کد اخلاق از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و بعد از اخذ موافقت مسئولین بیمارستان شهید بهشتی کاشان، پژوهشگر و همکار مربوطه به شکل ۲۴ ساعته در بخش اورژانس بیمارستان مذکور حضور یافته و پس از تکمیل برگه رضایت‌نامه آگاهانه توسط بیماران دارای شرایط ورود به مطالعه، با حفظ اسرار بیمار و موازین شرعی، اقدام به نمونه‌گیری گردید. به همه نمونه‌ها اعلام شد در هر مرحله‌ای از طرح، در صورت تمایل به هر دلیل می‌توانند از مطالعه خارج شوند. پژوهشگر و همکار در شیفت‌های مختلف کاری در محیط پژوهش حضور یافته و با مشاهده مستقیم بیماران، تمامی این اطلاعات لازم را به‌دست آورده و در چک‌لیست مربوطه ثبت نمودند. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش که از نوع کمی و کیفی بودند با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه شانزده، از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار جهت متغیرهای کمی و فراوانی برای متغیرهای کیفی و آزمون تی زوجی استفاده شد. $P\leq0.5$ ازنظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

تعداد ۴۰۰ بیمار دارای شرایط ورود به مطالعه، تحت بررسی و مشاهده قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران تحت مطالعه ۳۵/۴۳±۱۳/۳۷ سال بود، که از این میان (۸۱/۷درصد)۳۲۶ بیمار مذکر و (۱۸/۳درصد)۷۴ نفر مؤنث بودند. جدول شماره ۱ مشخصات فردی واحدهای پژوهش را نشان می‌دهد و مشخص می‌کند که (۶۷/۸درصد)۲۷۱ نفر از افراد تحت مطالعه دارای تحصیلات دیپلم بودند. بیشترین موضع آسیب به بدن مربوط به اندام‌های فوقانی و تحتانی (۶۴/۵درصد)۲۵۸ بود. بیشترین ماهیت تروما مربوط به دررفتگی، کشیدگی و یا کوفتگی (۴۲/۴درصد) با ۱۹۱ و زخم‌های سطحی و عمقی با ۱۴۰ (۳۵درصد) مورد بود. از افراد تحت مطالعه (۳۷/۱درصد) ۱۴۹ بیمار در اثر تصادف وسایل نقلیه و (۵/۲درصد)۲۱ نفر از بیماران در اثر عوامل دیگر که بیشتر مربوط به آب جوش و سوختگی بود، دچار تروما شده بودند. (جدول شماره ۱)

از بین نمونه‌های موردبررسی میانگین نمره شدت درد قبل از مداخله دردناک ۶/۳۵±۲/۶۹ از نمره کل شدت درد ۱۰ بود. میانگین نمره شدت درد بعد از مداخله دردناک ۵/۵۷±۲/۶ بود که آزمون تی زوجی تفاوت معنی‌داری را با شدت درد قبل از مداخله نشان داد (P=0/001). جهت (۶۱/۲درصد)۲۴۵ بیمار، مداخله دردناک صورت گرفت. بیشترین مداخلات دردناک صورت گرفته بخیه (۲۱/۸درصد) و کم‌ترین آن تعبیه لوله قفسه سینه (۲درصد) بوده است. تنها برای ۱۳۸ نفر از این ۲۴۵ بیمار کنترل درد صورت گرفت. درواقع ۴۳/۷درصد بیمارانی که تحت مداخلات دردناک قرار گرفتند، اقدامی برای کنترل درد این‌گونه مداخلات دریافت ننمودند. جهت (۷/۷درصد)۱۹ نفر از ۲۴۵ بیمار تحت مداخله دردناک، فقط تجویز مسکن و دارو برای کنترل درد آن‌ها صورت گرفت که پتیدین، فنتانیل و آپوتل به ترتیب بیشترین استفاده را داشتند. تنها برای یک بیمار نیازمند به سونداژ از ۵۰ میلی‌گرم پتیدین استفاده شد.

از میان این ۲۴۵ بیمار تحت مداخلات دردناک، برای (۴۰/۴درصد)۹۹ بیمار، تنها با استفاده از داروی لیدوکایین به‌صورت موضعی بی‌دردی و بی‌حسی صورت گرفت. تمام بیماران گیرنده خدمت بخیه پوست و تعبیه لوله قفسه سینه از این اقدام بهره بردند. هیچ‌کدام از بیماران تحت شستشوی زخم بی‌حس‌کننده موضعی دریافت نکردند و تنها ۱۵ بیمار برای رفع درد شستشوی زخم داروی مسکن گرفتند. بعد از شستشو در صورت نیاز به بخیه پوست از لیدوکایین موضعی برای آن‌ها استفاده گردید که این گروه کاملاً در دسته‌ای جداگانه به نام شستشوی زخم قرار گرفتند. تنها ۴ بیمار از این گروه هم‌زمان بی‌حس‌کننده موضعی و داروی مسکن گرفتند. در کل تنها ۲۰ بیمار علاوه بر بی‌حس‌کننده موضعی از اقدامات دارویی جهت کاهش درد مداخلات دردناک بهره بردند. (جدول شماره ۲)

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

جدول (۱): مشخصات دموگرافیک و صدمه بیماران ترومایی تحت مطالعه

متغیر		تعداد (درصد)
جنس	مذکر	۳۲۶ (٪۸۱/۵)
	مؤنث	۷۳ (٪۱۸/۲)
محل صدمه	سر	۴۳ (٪۱۰/۸)
	انتهاها	۲۵۸ (٪۶۴/۵)
	تنه	۴۴ (٪۱۱)
	صدمات چندگانه	۵۵ (٪۱۳/۸)
نوع صدمه	شکستگی	۵۲ (٪۱۳)
	کشیدگی-دررفتگی- کوفتگی	۱۳۷ (٪۳۴/۲)
	زخم	
	ترکیبی	۱۴۰ (٪۳۵)
		۱۷ (٪۴/۲)
مکانیسم صدمه	تصادف	۱۴۹ (٪۳۷/۲)
	سقوط	۸۵ (٪۲۱/۲)
	نزاع و درگیری	۳۶ (٪۹)
	ضربه ناگهانی	۱۳۰ (٪۳۲/۵)

جدول (۲): نوع مداخلات دردناک صورت گرفته و روش‌های کنترل درد این مداخلات در ۲۴۵ بیمار تحت مداخلات دردناک

روش کنترل / نوع مداخله دردناک	بدون کنترل درد (٪ ۴۳/۷) ۱۰۷	کنترل درد فقط با بی‌حس‌کننده (٪ ۴۰/۴) ۹۹	کنترل درد فقط با دارو (٪ ۷/۷) ۱۹	کنترل درد با بی‌حس‌کننده و دارو (٪ ۸/۲) ۲۰
بخیه (٪ ۲۱/۸) ۸۷	۰	۷۹	۰	۸
چست تیوب (٪۲) ۸	۰	۶	۰	۲
سونداژ (٪ ۲/۵) ۱۰	۹	۰	۱	۰
پوزیشن دهی (٪ ۴/۵)۱۸	۱۶	۰	۲	۰
شستشوی زخم (٪ ۲۴/۵) ۹۸	۷۹	۰(قبل از شستشو)	۱۵	۴
مداخلات چندگانه (٪۶) ۲۴	۳	۱۴	۱	۶

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به این‌که تجربه درد از ناخوشایندترین تجارب بیماران بستری در مراکز درمانی است و از طرفی به‌جز دردی که بیمار به‌واسطه بیماری موجود از آن رنج می‌برد، مواردی از تجربه درد ناشی از مداخلات درمانی و تشخیصی است که در بخش‌های بستری به‌ویژه در بخش اورژانس برای بیماران بستری صورت می‌پذیرد و ازآنجایی‌که انجام مداخلات مذکور در روند درمان بیماران اجتناب‌ناپذیر است، بنابراین پیشگیری و کنترل درد ناشی از این مداخلات بسیار ضروری می‌باشد. این مطالعه باهدف بررسی فراوانی مداخلات دردناک و چگونگی کنترل درد این مداخلات در بیماران ترومایی مراجعه‌کننده به اورژانس صورت گرفت. نتایج حاصل از مطالعه حاکی از شیوع بالای مداخلات دردناک در بخش اورژانس می‌باشد و هیچ‌گونه ارزیابی و اقدام هدفمندی به‌منظور کاهش درد این مداخلات صورت نمی‌گیرد. در بخش اورژانس تحت بررسی، هیچ‌گونه پروتکل و راهنمای بالینی کنترل درد چه برای درد حاد چه برای درد مداخلات دردناک موجود نبود.

هرچند درد قبل و بعد از مداخله دردناک نزدیک به یک واحد باهم اختلاف داشت و ازنظر آماری این کاهش معنی‌دار بود ولی هنوز بیماران تحت مداخله، درد قابل‌توجهی در حد درد متوسط را داشتند. هنوز کنترل مناسب و ایدئال درد یک مسئله چالش‌برانگیز در سراسر دنیا می‌باشد(۵، ۱۸). به‌طوری‌که در چندین مطالعه نشان داده شده که بیماران با درد قابل‌ملاحظه‌ای مرخص شدند(۱۸، ۱۹). البته باید خاطرنشان کرد که این مطالعات درد عمومی بیماران را نشان داده‌اند. اکثر مطالعات به‌دست‌آمده راجع به اثربخشی و کارایی

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

انواع روش‌های مدیریت درد پروسیجرهای دردناک آن‌هم بیشتر در اطفال و نوزادان می‌باشد(۲۰-۲۲) و مطالعه‌ای که به‌طور اختصاصی درد ناشی از مداخلات یا پروسیجرهای دردناک در اورژانس را گزارش و راهکاری ارائه کند، یافت نشد.

به‌رغم وجود استراتژی‌های جدید، پیشرفت و بهبود کیفیت مدیریت درد محدود باقی‌مانده و مطالعات نشان دادند که اداره درد به روش، خصیصه‌ها و نگرش‌های فردی پزشکان و پرستاران بستگی دارد و به‌نوعی سلیقه‌ای و بر طبق سناریوهای مختلفی می‌باشد(۱، ۲۳). به دلیل مشکلات تشخیصی، درمان درد بیماران اغلب نادیده گرفته شده یا با تأخیر صورت می‌گیرد. از طرفی مدیریت درد ناکافی ممکن است به دلیل ارزیابی ضعیف پرسنل در مورد درد باشد(۷، ۲۴). به‌طوری‌که پزشکان و پرستاران شدت درد بیماران را کم‌تر از گزارش خود بیماران، برآورد می‌کنند که به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای هم از بعد آماری و هم از بعد بالینی معنی‌دار محسوب می‌شود(۷، ۲۴، ۲۵). همچنین گاهی بیماران اورژانس در بیان درد خود بی‌میلی نشان می‌دهند که این مورد ممانعت بیشتری از مدیریت مناسب درد به عمل می‌آورد(۷).

البته در موضوع مدیریت درد پروسیجرهای دردناک، موانع اختصاصی‌تری وجود دارد به‌طوری‌که سیمون و همکاران در حیطه مدیریت درد در مداخلات دردناک، به موانعی از قبیل دستورات ناکافی شفاهی و کتبی پزشک قبل از مداخله، پایین بودن اولویت مدیریت این‌گونه دردها و ممانعت والدین از تجویز داروهای مسکن در اطفال از دید پرسنل درمان اشاره نموده‌اند(۲۶). در اینجا باید گفت که پرستاران می‌توانند نقش مؤثری در رفع این موانع و به‌کارگیری روش‌های کنترل درد غیر دارویی مانند انحراف حواس، ماساژ، صحبت با بیمار و آرام کردن او داشته باشند(۲۷).

در این مطالعه نشان داده شد که نزدیک به نیمی از بیمارانی که تحت مداخلات دردناک قرار گرفتند، اقدامی برای کنترل درد این‌گونه مداخلات دریافت نکردند. شایع‌ترین مداخله دردناک بخیه و شستشوی زخم بوده است. پانتیلو و همکاران در تحقیقی به‌منظور تعیین شدت درد ناشی از پروسیجرهای دردناک در مقابل درد پایه بیماران بستری در ICU، نشان دادند که از دید بیماران خروج چست تیوب، برداشتن پانسمان زخم و تعبیه لاین شریانی به ترتیب دردناک‌ترین مداخلات در این بخش بودند(۱۲).

در مطالعه حاضر شایع‌ترین اقدام کنترل‌کننده درد تزریق لیدوکایین به‌صورت موضعی بوده است، که باید خاطرنشان کرد قبل از شستشوی زخم برای هیچ بیماری بی‌حسی موضعی صورت نگرفته و اگر بی‌حسی موضعی برای این گروه انجام می‌شده، بعد از شستشو و قبل از بخیه در صورت نیاز بوده است. لیدوکایین به‌عنوان دارویی مؤثر و کارآمد برای بی‌حسی و بی‌دردی موضعی استفاده می‌شود. البته مطالعه فاربر و همکاران نشان داده که خود تزریق بی‌حس‌کننده موضعی برای بیمار دردناک بوده و باعث آسیب به عصب‌های محیطی می‌شود. حتی تزریق متناوب و پی‌درپی آن می‌تواند باعث ایجاد غلظت‌های سمی در خون شود(۱۵). از طرفی مطالعات در راستای اثربخش بودن بی‌حسی موضعی محدود بوده و به تکنیک، موضع و نحوه انجام آن بستگی دارد(۱۴).

مطالعه‌ای با تعداد نمونه ۱۳۹۵ بیمار نشان داد که ۹۲/۵درصد بیماران کنترل درد غیر دارویی دریافت کردند. صدای آرامش‌بخش، دادن اطلاعات به بیمار و تنفس عمیق بیشترین اقدامات غیر دارویی بودند که در حین انجام مداخله دردناک پوزیشن دهی برای بیماران بستری در بخش‌های مختلف انجام شد(۱۰). این اقدامات کنترل درد بدون هزینه و عارضه بوده و به یک آموزش ساده نیاز دارد(۲۷).

همچنین با مدیریت درد سریع‌تر توسط پرستار، اختصاص کد درد، ارزیابی دقیق‌تر درد و ثبت شدت و امتیازات درد، می‌توان کیفیت کنترل درد در اورژانس را بهبود بخشید(۱). مطالعات پیشنهاد می‌نمایند در جهت بیش‌تر دیده شدن درد و بیش‌تر جوابگو شدن پرسنل بهداشت و درمان، تمام بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان، ازنظر سطوح درد بررسی شوند و گزارش‌های آن ثبت گردد(۵، ۲۸). البته تمام این موارد نیاز به دانش و توانمندسازی پرسنل درمان و بهبود پروتکل‌های سازمانی و ملی در این زمینه دارد(۲۹).

در این مطالعه از میان ۲۴۵ بیمار، برای کنترل درد ۱۹ نفر از آنان، فقط تجویز مسکن و دارو صورت گرفت که این اقدام ازنظر کمیت به نظر معدود می‌باشد. پتیدین، فنتانیل و آپوتل به ترتیب بیشترین استفاده را داشتند. نتایج مطالعات دیگر کیفیت مدیریت درد را، هم ازنظر کاهش نمره شدت درد و هم ازنظر تنوع روش‌های به کار گرفته شده بالاتر نشان داده‌اند. به‌طوری‌که گرن من[1] در فنلاند طی تحقیقی بر روی ۱۰۰ بیمار ترومایی بخش اورژانس جراحی نشان داد که ۴۶/۶ درصد بیماران داروهای آنالژزیک (بی‌دردی) دریافت کردند(۳۰). فرای[2] و همکاران در تحقیقی بر روی ۱۹۶۶ بیمار پذیرش‌شده در بخش‌های اورژانس استرالیا نشان دادند که ۷۴/۹ درصد بیماران داروهای بی‌درد کننده دریافت نموده‌اند(۱). در مطالعات مختلفی به تنوع روش‌های غیر دارویی مانند کیسه آب سرد، بالا بردن انتهاها، گذاشتن جسمی زیر اندام، بی‌حرکتی، صحبت با بیمار، حضور خانواده در کنار بیمار، ماساژ، تکنیک‌های آرام‌سازی، موسیقی و تحریک الکتریکی عصب از طریق

1. Grenman

2. Fry

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

پوست[3] اشاره شده است(۱۸، ۱۹). همچنین در مطالعه تاد[4] و همکاران بر روی بیماران ترومایی و غیر ترومایی نشان داده شد که در اورژانس‌های کانادا و آمریکا بیش از ۱۵ نوع قلم دارو به کار گرفته می‌شود. همچنین نشان داده شده است که بیشتر داروهای مسکن تجویزی، مخدرها (۵۹درصد) بوده‌اند(۳۱).

نتایج حاصل از مطالعات در خصوص مدیریت درد نشان می‌دهند هنوز بین دانش و عمل برای کنترل درد مداخلات دردناک شکاف مهمی وجود دارد. درحالی‌که می‌توان با انجام اقداماتی ساده و بی هزینه این نوع درد را کاهش و تسکین داد(۱۰). مدیریت درد اثربخش و مناسب می‌تواند روی رضایت بیماران از کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده، تأثیر بگذارد(۳۲)، در کنترل درد بیماران، گزارش و بیان بیمار از وجود و نوع درد حتی فراتر از رفتار و علائم بالینی او، باید به‌عنوان یک استاندارد طلائی در نظر گرفته شود (۶، ۲۴).

در راستای مطالب گفته شده، مطالعه حاضر می‌تواند شروعی برای توجه بیشتر به مداخلات دردناک و کنترل درد ناشی از آن به‌خصوص در بخش اورژانس تروما باشد، زیرا این مداخلات از شیوع بالاتری در این بخش درمانی برخوردار می‌باشند و دردی در حد متوسط برای بیمار ایجاد می‌کنند و به‌کارگیری روش‌های متنوع و مناسب برای کنترل درد مداخلات دردناک، از اهمیت بالایی برخوردار است. مطالعات بیشتر در زمینه درد مداخلات دردناک و میزان آن و نحوه کنترل آن و بررسی اثربخشی هرکدام از اقدامات درمانی در کنترل این نوع درد پیشنهاد می‌گردد. همچنین اجرای پژوهش‌های مشابه در بیماران اورژانس داخلی، بخش عمومی و بعد از عمل و بررسی تأثیرگذار بودن اجرای پروتکل‌های مدیریت درد در بخش‌های مختلف بیمارستان می‌تواند راهگشا باشد. از محدودیت‌های این مطالعه با توجه به توصیفی بودن آن می‌توان، به کمبود تعداد نمونه و احتمال تأثیرگذاری حضور محقق در بخش بر روی نحوه عملکرد بالینی پرسنل درمان اشاره نمود.

References:

1. Fry M, Bennetts S, Huckson S. An Australian audit of ED pain management patterns. J Emerg Nurs 2011;37(3): 269-74.
2. Silka PA, Roth MM, Moreno G, Merrill L, Geiderman JM. Pain scores improve analgesic administration patterns for trauma patients in the emergency department. Acad Emerg Med 2004;11(3): 264-70.
3. Fosnocht DE, Heaps ND, Swanson ER. Patient expectations for pain relief in the ED. Am J Emerg Med 2004;22(4): 286-8.
4. Organization WH. Global day to relieve chronic pain. Geneva: World Health Organization. 2004.
5. Bergman CL. Emergency Nurses' Perceived Barriers to Demonstrating Caring When Managing Adult Patients' Pain. J Emerg Nurs 2012;38(3): 218-25.
6. Duignan M, Dunn V. Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients: A replication. Int Emerg Nurs 2008;16(1): 23-8.
7. Stalnikowicz R, Mahamid R, Kaspi S, Brezis M. Undertreatment of acute pain in the emergency department: a challenge. Int J Qual Health Care 2005;17(2): 173-6.
8. Minick P, Clark PC, Dalton JA, Horne E, Greene D, Brown M. Long-bone fracture pain management in the emergency department. J Emerg Nurs 2012;38(3): 211-7.
9. Stang AS, Hartling L, Fera C, Johnson D, Ali S. Quality indicators for the assessment and management of pain in the emergency department: a systematic review. Pain Res Manag 2014;19(6): e179-e90.
10. Faigeles B, Howie-Esquivel J, Miaskowski C, Stanik-Hutt J, Thompson C, White C, et al. Predictors and use of nonpharmacologic interventions for procedural pain associated with turning among hospitalized adults. Pain Manag Nurs 2013;14(2): 85-93.

3. TENS

4. Todd

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

11. Lang EV, Tan G, Amihai I, Jensen MP. Analyzing acute procedural pain in clinical trials. Pain 2014;155(7): 1365-73.
12. Puntillo KA, Max A, Timsit J-F, Vignoud L, Chanques G, Robleda G, et al. Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. The Europain study. Am J Respir Crit Care Med 2014;189(1): 39-47.
13. Lee GY, Yamada J, Shorkey A, Stevens B. Pediatric clinical practice guidelines for acute procedural pain: a systematic review. Pediatrics 2014: peds. 2013-744.
14. Shah V, Taddio A, McMurtry CM, Halperin SA, Noel M, Riddell RP, et al. Pharmacological and combined interventions to reduce vaccine injection pain in children and adults: systematic review and meta-analysis. Clin J Pain 2015;31(Suppl 10): S38.
15. Farber SJ, Saheb-Al-Zamani M, Zieske L, Lauridо-Soto O, Bery A, Hunter D, et al. Peripheral nerve injury after local anesthetic injection. Anesth. Analg 2013;117(3): 731-9.
16. Czarnecki ML, Turner HN, Collins PM, Doellman D, Wrona S, Reynolds J. Procedural pain management: A position statement with clinical practice recommendations. Pain Manag Nurs 2011;12(2): 95-111.
17. Bijur PE, Latimer CT, Gallagher EJ. Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. Acad Emerg Med 2003;10(4): 390-2.
18. Berben SA, Meijs TH, van Dongen R, van Vugt AB, Vloet L, Mintjes-de Groot JJ, et al. Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the Accident & Emergency department. Injury 2008;39(5): 578-85.
19. Tcherny-Lessenot S, Karwowski-Soulié F, Lamarche-Vadel A, Ginsburg C, Brunet F, Vidal-Trecan G. Management and relief of pain in an emergency department from the adult patients' perspective. J Pain Symptom Manage 2003;25(6): 539-46.
20. Canbulat N, Inal S, Sönmezer H. Efficacy of distraction methods on procedural pain and anxiety by applying distraction cards and kaleidoscope in children. Asian Nurs Res 2014;8(1): 23-8.
21. Koller D, Goldman RD. Distraction techniques for children undergoing procedures: a critical review of pediatric research. J Pediatr Nurs 2012;27(6): 652-81.
22. Taddio A, Ilersich AL, Ipp M, Kikuta A, Shah V, Team H. Physical interventions and injection techniques for reducing injection pain during routine childhood immunizations: systematic review of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. Clin Ther 2009;31: S48-S76.
23. McCallum T. Pain management in Australian emergency departments: A critical appraisal of evidence based practice. AENJ 2004;6(2): 9-13.
24. Puntillo K, Neighbor M, O'Neil N, Nixon R. Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. Pain Manag Nurs 2003;4(4): 171-5.
25. Cousins MJ, Brennan F, Carr DB. Pain relief: a universal human right. Pain 2004;112(1): 1-4.
26. Czarnecki ML, Simon K, Thompson JJ, Armus CL, Hanson TC, Berg KA, et al. Barriers to pediatric pain management: A nursing perspective. Pain Manag Nurs 2011;12(3): 154-62.
27. Wente SJ. Nonpharmacologic pediatric pain management in emergency departments: a systematic review of the literature. J Emerg Nurs 2013;39(2): 140-50.
28. Fosnocht DE, Swanson ER, Barton ED. Changing attitudes about pain and pain control in emergency

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

medicine. Emerg Med Clin North Am 2005;23(2): 297-306.

29. Bice AA, Gunther M, Wyatt T. Increasing nursing treatment for pediatric procedural pain. Pain Manag Nurs 2014;15(1): 365-79.
30. Grenman D, Niemi-Murola L, Kalso E. Management of pain in a surgical emergency unit—Underlying factors affecting its delivery. Acute Pain 2008;10(3): 137-44.
31. Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, et al. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. J Pain 2007;8(6): 460-6.
32. Bhakta HC, Marco CA. Pain Management: Association with Patient Satisfaction among Emergency Department Patients. J Emerg Med 2013;5(2): 11-18

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

Original Article

PROCEDURAL PAIN AND MANAGEMENT OF THIS PAIN IN TRAUMA PATIENTS IN EMERGENCY DEPARTMENT

Mohammadsadegh Aboutalebi[1], Sorour Mosleh[2], Neghin Masoudi Alavi[3], Nedaollsadat Fatemi[4], Somayyeh Haghighat[5]*

Received: 17 Dec, 2017; Accepted: 21 Feb, 2018

Abstract

***Background & Aims*:** In addition to pain that the patients may have due to their chief complaint, painful and healing interventions are actions that can lead to affliction of the patients. The purpose of the present study was to determine the rate and kind of painful interventions and management methods of this pain in trauma patients in an emergency department.

***Materials & Methods*:** This study is a descriptive cross-sectional study that has performed on traumatic patients referred to emergency department in ten days consecutively. Patients recruited to study with continuous non-probability sampling and according to entrance criteria. One self-created checklist was used for data collecting. The researcher and related colleague presented in 24 hours in emergency department and filled the checklist. The data analysis was conducted using SPSS software, version 16.

***Results*:** The average age of 400 participants was 35.4 that 326 (81.7%) were male. The average of pain severity before and after painful procedure was 6.35±2.69 and 5.57±2.6 respectively that Paired T test showed significant difference between those measures (p=0.000). Totally for 245(%61.2) patients painful interventions were performed. Suture was the most painful intervention (%21.8).

***Conclusion*:** Procedural pain is prevalent in emergency department and severity of this pain is moderate so it is necessary to implement more and comprehensive studies about procedural pain and management of this pain. Measures should be taken to pain management of interventions, their variety and quantity, with regard to the complications and limitations of each method.

Keywords: Procedural pain, Pain management, Wounds and Injuries, Emergency Departments

Address: Hezar jarib Srteet, Isfahan university of medical sciences, faculty of nursing and Midwifery, Critical Care Nursing Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Tel: (+98) 3136680048
Email: s_haghighat@nm.mui.ac.ir

[1] *Instructor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran*
[2] *Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran*
[3] *Professor, Trauma Nursing Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran*
[4] *Pediatric Specialist, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran*
[5] *Instructor, Instructor Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author)*

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-04-25]