

بررسی مداخلات دردناک و چگونگی کنترل درد این مداخلات در بیماران ترومایی مراجعه کننده 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

پیش زمینه و هدف: علاوه بر دردی که بیمار به علت شکایت اصلی خود ممکن است داشته باشد، مداخلات دردناک و درمانی اقداماتی هستند که می توانند باعث درد و رنج برای بیمار شوند. مطالعه حاضر باهدف تعیین فراوانی و نوع مداخلات دردناک صورت گرفته و روش های کنترل درد این مداخلات در بیماران ترومایی مراجعه کننده به اورژانس انجام گردید.

مواد و روش کار: این مطالعه یک پژوهش توصیفی مقطعی است که بر روی بیماران ترومایی مراجعه کننده به اورژانس در طول مدت ۱۰ روز متوالی انجام شده است. بیماران با روش نمونه گیری غیر احتمالی مستمر و طبق معیارهای ورود وارد مطالعه گردیدند. جهت کسب اطلاعات از یک چک لیست محقق ساخته که شامل ابزار اندازه گیری شدت درد نمره ای و سایر اطلاعات مرتبط با مداخلات دردناک و روش کنترل درد بود، استفاده شد. اطلاعات در نرم افزار SPSS نسخه شانزده وارد و آزمون های آماری توصیفی و تحلیلی انجام شد.

یافته ها: میانگین سنی ۴۰۰ بیمار تحت مطالعه $35/43 \pm 13/37$ سال بود، که از این میان $81/7$ (درصد) ۳۲۶ نفر مذکر بودند. در کل برای $61/2$ (درصد) ۲۴۵ بیمار مداخله دردناک صورت گرفت. بیشترین مداخله دردناک صورت گرفته بخیه $21/8$ (درصد) بوده است. میانگین شدت درد قبل و بعد از مداخله دردناک به ترتیب $6/35 \pm 2/69$ و $5/57 \pm 2/6$ از مقیاس درد ده نمره ای بود. آزمون تی زوجی تفاوت معنی داری را بین شدت درد قبل و بعد از مداخلات دردناک نشان داد ($P=0/001$).

بحث و نتیجه گیری: مطالعات بیشتر و جامع تر در مورد مداخلات دردناک و کنترل درد ناشی از آن که دردی در حد متوسط برای بیمار ایجاد می کند نیاز است. باید به اقدامات برای کنترل درد مداخلات، تنوع و کمیت آن ها با توجه به عوارض و محدودیت های هر روش توجه شود.

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

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

آدرس مکاتبه: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری مراقبت های ویژه، تلفن: ۳۶۶۸۰۰۴۸

Email: s_haghighat@nm.mui.ac.ir

مقدمه

دارد (۲، ۳). سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده که ۲۰ درصد جمعیت دنیا از درد به طور غیر ضروری رنج می برند که ۳۳ درصد از این گروه توانایی زندگی مستقل را ندارند (۴). درد به عنوان شایع ترین 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 نموده اند (۵). با وجود شیوع بالای درد در بین بیماران مراجعه کننده به مراکز

درد تجربه ناخوشایندی است که بسیاری از بیماران بستری در بیمارستان از آن رنج می برند. انواع درد، چه از نوع مزمن و یا حاد، هزینه ها و ناراحتی هایی را به جامعه و فرد تحمیل می کند. استفاده از نیروی انسانی را تحت تأثیر قرار داده و بهره وری را کاهش می دهد (۱). مدت بستری در بیمارستان، بی حرکتی و هزینه ها را افزایش داده (۲) و بر رضایت بیماران از خدمات ارائه شده تأثیر

^۱ مربی، گروه پرستاری مراقبت های 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 مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

درمانی، بی‌دردی ناکافی (الیگوآنالژیا)، که به تجویز ناکافی داروهای بی‌درد کننده برای درمان درد بیماران اشاره دارد، هنوز در بین بیماران اورژانس معمول بوده (۶) و در واقع 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، درمان کافی برای رفع درد دریافت کردند (۵).

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 ارزیابی درد ناشی از مداخلات دردناک، شکاف بزرگی را در اندازه‌گیری‌های این نوع درد و کنترل آن ایجاد کرده است و به تبع 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 لیدوکائین 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 از این‌گونه مداخلات پرداخته شده است. بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده 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 در صورتی که 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

تدوین گردید. سپس، جهت تعیین روایی به جمعی از اساتید و صاحب‌نظران، از جمله 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 مورد استفاده 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 لیدوکائین، 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 از نظر شدت از نمره ۰ (بدون هیچ‌گونه درد) تا ۱۰ (شدیدترین درد) نمره بدهد. پایایی و روایی ابزار یادشده برای استفاده در اورژانس قبلاً مورد بررسی 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 تجزیه و تحلیل 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. $P \leq 0.5$ از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تعداد ۴۰۰ بیمار دارای شرایط ورود به مطالعه، تحت بررسی و مشاهده قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران تحت مطالعه

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 ۱۴۰ (۳۵٪) ترکیبی 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 روش های کنترل درد این مداخلات در ۲۴۵ بیمار تحت مداخلات دردناک

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

بحث و نتیجه گیری

می باشد و هیچ گونه ارزیابی و اقدام هدفمندی به منظور کاهش درد این مداخلات صورت نمی گیرد. در بخش اورژانس تحت بررسی، هیچ گونه 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 از نظر آماری این کاهش معنی دار بود ولی هنوز بیماران تحت مداخله، درد قابل توجهی در حد درد متوسط را داشتند. هنوز کنترل مناسب و ایدئال درد یک مسئله چالش برانگیز در سراسر دنیا می باشد (۵، ۱۸). به طوری که در چندین مطالعه نشان داده شده که بیماران با درد قابل ملاحظه ای مرخص شدند (۱۸، ۱۹). البته باید خاطر نشان کرد که این مطالعات درد عمومی بیماران را نشان داده اند. اکثر مطالعات به دست آمده راجع به اثربخشی و کارایی

با توجه به این که تجربه درد از ناخوشایندترین تجارب بیماران بستری در مراکز درمانی است و از طرفی به جز دردی که بیمار به واسطه بیماری موجود از آن رنج می برد، مواردی از تجربه درد ناشی از مداخلات درمانی و تشخیصی است که در بخش های بستری به ویژه در بخش اورژانس برای بیماران بستری صورت می پذیرد و از آنجایی که انجام مداخلات مذکور در روند درمان بیماران اجتناب ناپذیر است، بنابراین پیشگیری و کنترل درد ناشی از این مداخلات بسیار ضروری می باشد. این مطالعه باهدف بررسی فراوانی مداخلات دردناک و چگونگی کنترل درد این مداخلات در بیماران ترومایی مراجعه کننده به اورژانس صورت گرفت. نتایج حاصل از مطالعه حاکی از شیوع بالای مداخلات دردناک در بخش اورژانس

و قبل از بخیه در صورت نیاز بوده است. لیدوکائین 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 بی‌درپی 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 ۹۲/۵ درصد 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، از نظر 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 از نظر کمیت به نظر معدود می‌باشد. پتیدین، فنتانیل و آپوتل به ترتیب بیشترین استفاده را داشتند. نتایج مطالعات دیگر کیفیت مدیریت درد را، هم از نظر کاهش نمره شدت درد و هم از نظر تنوع روش‌های به کار گرفته شده بالاتر نشان داده‌اند. به‌طوری‌که گرن من^۱ در فنلاند طی تحقیقی بر روی ۱۰۰ بیمار ترومایی بخش اورژانس جراحی نشان داد که ۴۶/۶ درصد بیماران داروهای آنالژژیک (بی‌دردی) دریافت کردند (۳۰). فرای^۲ 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 انتهایها، گذاشتن جسمی زیر اندام، بی‌حرکتی، صحبت با بیمار، حضور خانواده در کنار بیمار، ماساژ، تکنیک‌های آرام‌سازی، موسیقی و تحریک الکتریکی عصب از طریق

انواع روش‌های مدیریت درد پروسیجرهای دردناک آن هم 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 اختصاصی تری 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 لیدوکائین به‌صورت موضعی بوده است، که باید خاطر نشان کرد قبل از شستشوی زخم برای هیچ بیماری بی‌حسی موضعی صورت نگرفته و اگر بی‌حسی موضعی برای این گروه انجام می‌شده، بعد از شستشو

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 می‌کند 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.

پوست^۳ اشاره شده است (۱۸، ۱۹). همچنین در مطالعه تاد^۴ 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 (۵۹ درصد) 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 بی‌هزینه 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 طلایی در نظر گرفته شود (۶، ۲۴).

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.

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, Laurido-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. Tchery-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

- 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

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

Mohammadsadegh Aboutalebi¹, Sorour Mosleh², Neghin Masoudi Alavi³,
Nedaollsadat Fatemi⁴, 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)