

تجربه پرستاران از مدیریت درد بیماران در بخش اورژانس

آربی مانوکیان (PhD)، سمیه مولایی (MSc)، ناهید دهقان نیری (PhD)*

۱- گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

دریافت: ۹۶/۱۰/۲۵، اصلاح: ۹۷/۲/۳۰، پذیرش: ۹۷/۴/۲۳

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به اینکه تجارب پرستاران از مدیریت درد بیماران بخش اورژانس انعکاسی از احساسات، تفکرات و نگرشهای آنان در این رابطه میباشد؛ شناسایی تجارب آنها میتواند پایه ای جهت مواجهه با چالشهای مربوطه باشد. این مطالعه با هدف تبیین تجارب پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران مراجعه کننده به بخش های اورژانس انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه کیفی ۱۴ پرستار شاغل در بخش های اورژانس بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران با استفاده از نمونه گیری هدفمند مشارکت نمودند. اطلاعات از طریق مصاحبه فردی، عمیق و نیمه ساختار جمع آوری و پس از پیاده سازی مصاحبه ها بر روی کاغذ به صورت همزمان و به روش تحلیل محتوای قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: بر اساس تجزیه و تحلیل داده ها دو مضمون "موانع و چالشهای مدیریت درد" و "حق تسکین درد بیمار محور" استخراج گردید. نتایج بیانگر وجود چالشهایی چون اختیارات محدود، نظارت ناکارآمد ... در حیطه سازمانی- حرفه ای و مواردی چون ترس از عوارض، اهمال کاری ... در حیطه عوامل انسانی بود. همچنین تسکین درد به عنوان یک حق بنیادین که تحقق آن مستلزم مراقبت بیمارمحور میباشد، حاصل شد.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج مطالعه حاضر علی رغم وجود چالشهای متعدد در مدیریت درد بیماران بخش اورژانس، تسکین درد بیمار یکی از اولویت های مراقبتی و از حقوق اولیه انسانی می باشد. لذا، تأکید بر ارزشهای زیربنایی حرفه پرستاری و توجه به نیازها و حقوق منحصریفرد بیماران میتواند در مدیریت صحیح درد مؤثر باشد.

واژه های کلیدی: مدیریت درد، بخش های اورژانس، مطالعه کیفی، پرستاری اورژانس.

مقدمه

احساس درد تجربه مشترکی است که گاهی آنچنان غیرقابل تحمل میشود که انسان را به جستجوی علت و مرهم برمی انگیزاند (۱و۲). مدیریت درد فرآیندی پیچیده است که به واسطه مشارکت تیمی و بین رشته ای تحقق می یابد (۳و۴). همکاری مذکور در بخشهای خاصی همچون اورژانس با توجه به ماهیت ویژه از اهمیت بسیار برخوردار است (۵). بر اساس مطالعات موجود، ۷۸٪ بیماران با شکایت درد که غالباً در سطح متوسط تا شدید میباشد به بخش اورژانس مراجعه می کنند (۶). این در حالیکه عدم مدیریت صحیح درد در اورژانس شایع بوده و دلایل متعددی همچون فشار کاری، سن بالا، نژاد، ادراک اشتباه پزشک و پرستار، نگرانی در مورد رفتارهای پرخطر بیماران همچون اعتیاد برای آن ذکر میگردد (۸-۶). عدم مدیریت درد بیماران میتواند تأثیر منفی بر سلامت جسمی، روانی، معنوی و بطور کلی کیفیت زندگی آنها بر جای گذارد. بی توجهی به درد بیماران ارتباط مستقیمی با کاهش رضایتمندی آنها از خدمات دریافتی دارد. از طرفی، اهمیت رضایتمندی بیماران در بخشهایی همچون اورژانس که نمادی از وضعیت کلی خدمات مراکز درمانی است دوچندان میباشد. این در حالیکه با توجه به ازدحام بیماران در بخش اورژانس پرستاران زمان کافی جهت بررسی و پیگیری درد بیماران را نداشته و قادر به ارائه

مراقبت جامع و باکیفیت نیستند (۹و۱۰). پرستاران به عنوان افرادی که بیشترین زمان را با بیمار سپری میکنند؛ در التیام درد آنها نقش بسزایی داشته و این امر مستلزم دانش، مهارت و ادراک عمیق در خصوص ابعاد چندگانه مدیریت درد میباشد (۱۲). گاهی نگرش نادرست نسبت به مقوله درد باعث میشود پرستاران نسبت به انجام اقدامات دارویی و غیردارویی بی انگیزه شوند. این درحالیست که کنترل درد بیمار نه تنها با هدف تسکین درد و ایجاد راحتی در وی صورت میگیرد؛ بلکه فوایدی چون برگشت سریع به زندگی روزمره و بهبود کیفیت زندگی را به دنبال دارد (۱۳و۴). بر اساس نتایج مطالعات، نگرش و ادراک نادرست پرستاران، به عنوان مهمترین موانع مدیریت صحیح درد بیماران معرفی شده اند. برخی از ادراکات اشتباه عبارت از: ابراز درد باهدف جلب توجه از سوی بیمار؛ اعتیاد به دنبال تجویز مخدر؛ بررسی درد صرفاً بر اساس علایم حیاتی می باشند. از این رو، تفکرات اشتباه از چالشهای مهم مدیریت درد بیماران بوده و مستلزم شناسایی و کارشناسی دقیق میباشد (۱۴). با توجه به اینکه تجارب پرستاران از مدیریت درد بیماران بخش اورژانس انعکاسی از احساسات، تفکرات و نگرشهای آنان در این رابطه میباشد؛ شناسایی تجارب آنها و روشن سازی ابعاد مختلف این موضوع، میتواند پایه ای جهت آسیب شناسی و

□ این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۲۵۳۹۴ مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی علوم پزشکی تهران می باشد.

*مسئول مقاله: دکتر ناهید دهقان نیری

آدرس: تهران، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی. تلفن: ۰۲۱-۶۶۹۲۷۱۷۱

مطالعه توسط داورانی خارج از تیم تحقیق مورد حسابرسی قرار گرفت. جهت نیل به قابلیت تأیید، تمامی مراحل تحقیق به صورت مبسوط توضیح و پیگیری مراحل برای مخاطبین امکان پذیر شد. در خصوص قابلیت انتقال محقق با ارائه توصیفات عمیق از زمینه و خصوصیات مشارکت کنندگان امکان استفاده از یافته ها در دیگر بافت ها و شرایط را فراهم نمود.

یافته ها

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها شامل دو مضمون اصلی "موانع و چالش های مدیریت درد" و "حق تسکین درد بیمارمحور" بود که در ادامه به زیرمضامین حاصل از هر یک پرداخته می شود.

موانع و چالش های مدیریت درد: تجربیات پرستاران شاغل در بخش های اورژانس در رابطه با مدیریت درد در قالب مضمون "موانع و چالش های مدیریت درد" تبیین گردید. بدین معنی که در مدیریت صحیح درد بیمار، غالباً پرستاران با موانع و چالش های متعددی در راستای عمل به تعهدات خود مواجه می باشند که خود می تواند از موانع اصلی کنترل نامؤثر درد بیمار باشد. در این رابطه ۲ زیر مضمون شامل "زیرساخت های نامناسب سازمانی- حرفه ای" و "عوامل انسانی مؤثر بر کیفیت کنترل درد" استخراج گردید.

زیرساخت های نامناسب سازمانی- حرفه ای: در رابطه با زیرمضمون مذکور سه طبقه شامل "اختیارات محدود"، "کمبود زمان" و "ارزیابی و نظارت ناکارآمد" حاصل شد که در ذیل با جزئیات اشاره میگردد.

اختیارات محدود: تجربیات پرستاران حاکی از آن بود که توجه به میزان اختیارات و شرح وظایف پرستاران از ابعاد مهم کنترل درد بیماران میباشد. یکی از موانع تسکین درد بیمار عدم اختیار پرستار جهت تجویز مسکن میباشد. یکی از پرستاران ۲ سال سابقه کاری، عدم برخورداری از اختیار تجویز مسکن را اینگونه بیان میکند: "در صورت اصرار بیمار واسه دوز مجدد به دکترش میگیم؛ اگه دکتر داد منم براش می زنم وگرنه در هر صورت مسکن نمی زنم. شاید واقعا مریض راست بگه درد دارم ولی خوب دست من نیست" (مشارکت کننده ۴).

پرستار دیگری با ۸ سال سابقه کاری اظهار داشت: "اگر درد داشته باشه من شخصاً نمیتونم دارو تجویز کنم؛ به پزشکش اطلاع میدم. اگر پزشکش نبود نمیتونم دارویی تجویز کنم" (مشارکت کننده ۸).

کمبود زمان: یکی از موانع کنترل صحیح درد بیماران کمبود زمان گزارش گردید. اغلب پرستاران تمایل به تسکین درد بیمار داشته و عدم وجود زمان کافی و فشار کاری را یکی از موانع اصلی در این رابطه ذکر کردند.

پرستاری با ۱۶ سال سابقه کار در بخش اورژانس به عدم وجود زمان کافی جهت رسیدگی همه جانبه به درد بیماران اشاره میکند: "ما در اینجا به مریضها سروقت مسکن نمیدهیم چون نمیرسیم، تا دکتر پیدا کنیم تا order کنه طول میکشه ... ولی سعی میکنم از همین استیشن هم نگاهشون کنم واقعا وقت نمی کنم" (مشارکت کننده ۹).

ارزیابی و نظارت ناکارآمد: تجربیات پرستاران حاکی از آن بود که یکسری از وظایف مهم پرستاری همچون تسکین درد، غالباً از سوی پرستاران مورد غفلت واقع میشود؛ از سوی دیگر تمرکز بیش از حد مسئولین بر ظواهر امور مراقبتی می تواند در جهت دهی وظایف پرستاری و کم اهمیت جلوه نمودن تسکین درد بیمار مؤثر باشد.

تحلیل مشکلات موجود باشد. بر همین اساس و با توجه به عدم وجود مطالعه کیفی مشابه در ایران؛ پژوهش حاضر با هدف تبیین تجارب پرستاران بخش اورژانس در رابطه با مدیریت درد بیماران انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه کیفی پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و مامایی علوم پزشکی تهران با کد اخلاق ۲۵۳۹۴-۹۹-۲-۹۳ با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. تحلیل محتوا روشی مناسب جهت بررسی تجارب و نگرش افراد نسبت به یک موضوع خاص بوده و به خلاصه سازی، دسته بندی و توصیف داده ها می پردازد (۱۴ و ۱۵).

در این مطالعه ۱۴ پرستار (۱۲ زن و ۲ مرد) شاغل در بخش های اورژانس بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران در محدوده سنی ۲۷ تا ۴۸ سال و با سابقه کاری ۲ تا ۱۶ سال کار در بخش اورژانس به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. به این منظور، محقق با در نظر گرفتن هدف پژوهش و بر اساس تجارب قبلی و قضاوت شخصی خود، اقدام به انتخاب مشارکت کنندگانی نمود که تجربه مدیریت درد بیماران در بخش های اورژانس را دارا بودند. برخورداری از حداقل یک سال سابقه کاری در بخش اورژانس و تمایل به در میان گذاشتن تجربیات خود در رابطه با هدف پژوهش بعنوان معیار ورود به مطالعه در نظر گرفته شد.

اطلاعات با استفاده از مصاحبه فردی نیمه ساختاریافته، عمیق و چهره به چهره گردآوری شد. طول مدت مصاحبه بین ۳۰ تا ۴۰ دقیقه بوده و بر اساس زمان و مکان پیشنهادی پرستار انجام می شد. سوالات مطرح شامل موارد ذیل بود: "لطفاً از تجربیات خودتان در مراقبت از بیماری که درد دارد بگویید"؛ "معمولاً برای این گونه بیماران چه کاری انجام می دهید"؛ "بر اساس چه عواملی تصمیم می گیرید". همچنین سوالات واضح کننده نظیر "منظورتون این بود که ...؟" و یک سؤال باز در انتهای مصاحبه "آیا موردی هست که بخواهید اضافه کنید" پرسیده شد. تمامی مصاحبه ها با کسب اجازه کتبی از مشارکت کنندگان ضبط و بلافاصله بر روی کاغذ پیاده شد. جهت تجزیه و تحلیل محتوای داده های کیفی پیاده سازی کل مصاحبه بلافاصله بعد از هر مصاحبه، خواندن متن برای درک کلی از محتوای آن، تعیین کدهای اولیه، طبقه بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات جامعتر، تعیین درونمایه اصلی طبقات پیشنهاد می گردد (۱۶). در مطالعه حاضر نیز ابتدا محققان به کدگذاری متن مصاحبه ها پرداختند، سپس کدهایی که از نظر مفهومی مشابه بودند در یک طبقه دسته بندی شدند. با پیشرفت فرآیند تحلیل و مطالعه مکرر کدها و طبقات استخراج شده، تفاوت ها و شباهتهای آنها مشخص شد. در این راستا، با استفاده از مقایسه مداوم طبقات با یکدیگر، مضامین اصلی و زیرمضمونها استخراج شد. مصاحبه ها تا اشیاع کامل داده ها، رسیدن به غنی لازم و عدم استخراج اطلاعات جدید ادامه یافت.

در این پژوهش دقت مطالعه با استفاده از استاندارد طلایی گوبا و لینکلن که چهار مقیاس مقبولیت، اعتمادپذیری، تأییدپذیری و انتقال پذیری را عنوان نمودند، بررسی شد (۱۷). در رابطه با مقبولیت و اعتبار داده ها، پژوهشگران با صرف زمان کافی جهت جمع آوری و تحلیل داده ها از روش درگیر شدن طولانی مدت با داده ها (بالغ بر شش ماه) (۱۸)؛ بازبینی دست نوشته ها توسط مشارکت کنندگان و بحث و تبادل نظر اعضای تیم تحقیق استفاده شد. به منظور کسب قابلیت اعتماد، فرآیند

"دلیلی نداره که مریض درد بکشه ... این حق آدم هاست که بدون درد و راحت باشند و ما نباید اونا رو از این امر محروم کنیم" (مشارکت کننده ۱۰).

تفاوت های فردی: مطابق با بیانات پرستاران تجربه درد برای افراد متفاوت بوده و پرستار بایستی آستانه تحمل افراد را مدنظر قرار دهد.

پرستاری با ۸ سال سابقه، در این رابطه بیان میدارد: "ممکنه درد مریض خیلی کم باشه ولی توانایی تحمل رو نداشته باشه" (مشارکت کننده ۸).

در خصوص متفاوت بودن آستانه تحمل درد، پرستاران تازه کار نیز از تجربه مشابهی برخوردار بودند:

"یکی تا یک کوچولو دردش میاد تقاضای مسکن میکنه، این از اونهاست که توی منزل بلافاصله استامینوفن می خوره، اینها توی بیمارستان مشخصند و باید به دادشون رسید" (مشارکت کننده ۱).

اعتماد متقابل: مشارکت کنندگان بیان داشتند که اعتماد متقابل به بیمار امری ضروری جهت کنترل مؤثر درد است. در این زمینه تجارب اغلب پرستاران حاکی از آن بود که حتی مقوله اعتیاد بیمار نیز دلیل قاطعی جهت عدم اعتماد به وی نمیشد. پرستاری با ۱۰ سال سابقه به ضرورت اعتماد به بیانات بیمار اشاره میکند: وقتی بیمار به ما اطمینان کرده و جوش رو به ما سپرده ما هم باید بهش اعتماد کنیم. حتی اونایی که معتادند (adict) معمولاً راست میگویند" (مشارکت کننده ۷).

مشارکت کننده دیگری درخواست افراد معنادار برای دریافت مخدر را نیازی غیرقابل انکار میدانند: "۸۰-۷۰ درصد راست میگویند، حتی اگر ادیکت باشند بخاطر اینه که نیاز دارند دارو بگیرند" (مشارکت کننده ۹).

بحث و نتیجه گیری

مطالعه اخیر نشان داد که مدیریت درد بیماران در بخشهای اورژانس با چالشهای متعددی همچون زیرساختهای نامناسب سازمانی - حرفه ای و موانع مرتبط با عوامل انسانی همراه است. علیرغم چالشهای مذکور مشارکت کنندگان اذعان داشتند که تسکین درد از حقوق بنیادین افراد بوده و ارائه مراقبت بیمارمحور از ضروریات تحقق آن میباشد.

چالشهای مدیریت درد بیماران همچون فشار کاری، کمبود وقت، کمبود اختیارات، ضعف ارتباطات، عدم آگاهی و ترس از عوارض...؛ در مطالعات متعدد مطرح شده است (۲۱-۱۹ و ۶). یکی از چالشهای استخراج شده در پژوهش حاضر در ارتباط با زیرساختهای نامناسب سازمانی - حرفه ای بود که در سایر مطالعات تأکید شده است (۲۳ و ۲۲). هم راستا با مطالعه حاضر، Dehnoalian و همکاران یکی از موانع سازمانی مدیریت درد را کمبود قدرت پرستار گزارش نموده و به تأثیر منفی انحصار قدرت و اختیار در سازمان اشاره داشتند (۲۲). در مطالعه مشابهی که در ایران بر روی کودکان صورت گرفت، به کمبود اختیار پرستار جهت تجویز مسکن اشاره گردید (۲۳).

از سایر موانع سازمانی - حرفه ای حاصل شده در پژوهش اخیر، کمبود زمان جهت رسیدگی به درد بیماران بود. برخی محققین ضمن اشاره به چالش مذکور، جبران کمبود نیروی انسانی و به دنبال آن رفع مشکل کمبود زمان را پیشنهاد حضور به موقع پرستار در بالین بیمار جهت کنترل درد وی قلمداد کردند (۲۴-۱۹). نتایج پژوهش حاضر بیانگر عدم وجود نظارت کارآمد در رابطه با مدیریت درد بیماران بود. در این رابطه، Zahedpasha و همکاران به ضرورت تمرکز بر سیستمهای

پرستاری با ۹ سال سابقه کار پرستاری ضمن اشاره به تأثیر نحوه ارزشیابی اقدامات پرستاری بر مدیریت صحیح درد بیماران، در زمینه توجه بیش از حد به برخی از ظواهر مراقبتهای پرستاری بیان میداد:

"انگار فقط برای خودت کار اضافه درست کردی که هیچ جا دیده نمیشه مثلاً برای اینکه ببینن شما خوب کار کردی می بینن سرم هات به تاریخ روز هست یا نه یا آنژیوتک مریض چسبش تمیزه ... تازه با دادن مسکن مسئولیت اضافه برای خودت درست میکنی" (مشارکت کننده ۱۴).

عوامل انسانی مؤثر بر کیفیت کنترل درد: در رابطه با این زیرمضمون طبقات "ترس از عوارض"، "جامع نگرانی" و "اهمال کاری" استخراج شد که در ذیل با جزئیات اشاره میگردد.

ترس از عوارض: مطابق با بیانات پرستاران، ترس از مواجهه با عوارض تزریق مخدر از عوامل مؤثر جهت عدم کنترل صحیح درد بیماران گزارش گردید. پرستاری ۲۸ ساله، مواجهه قبلی پرستاران با عوارض مخدرها را عاملی جهت ایجاد حساسیت بیشتر در تجویز کنترل شده مسکن میدانند:

"چون از عوارض مخدر مطلع بودم سریع به پزشک گفتم، استاد اومد بالا سرش... تجربه خوبی بود. مریض دیگری مورفین زدم، واکنش نشان داد شاید بخاطر همین به مسکن حساسم" (مشارکت کننده ۴).

جامع نگرانی: بیانات پرستاران منعکس کننده اهمیت جامع نگرانی و ریزبینی پرستار در ارائه مراقبت بود. به این معنا که مدیریت درد، مستلزم توجه کامل پرستار بر شواهد عینی درد در حین سایر مراقبتهای میباشد.

پرستاری با ۱۲ سال سابقه بیان داشت: "همون سر تحویل بخش که مریض رو میبینیم اگه درد داشته باشه از تقلا کردنش، تعریقش میتونیم بفهمیم" (مشارکت کننده ۳). پرستاری با ۲ سال سابقه تجربه ای مشابه داشت: "مریض ایتوبه باید مرتب از نظر علائم درد بررسی بشه و برای اینها مجبوری مدام بری بالای سرشون، اگه حواست باشه هموم موقع میتونی درد رو بررسی کنی" (مشارکت کننده ۴).

اهمال کاری: تجربیات مشارکت کنندگان حاکی از آن بود که برخی پرستاران نسبت به پیگیری درد بیمار بی تفاوت هستند یا جهت از سر باز کردن بیمار، بدون دستور پزشک مسکن تزریق می کنند.

تجربه یکی از پرستاران با ۹ سال سابقه قابل تأمل بود: "بعضی پرستارها اینقدر مریض رو دست به سر می کنند که می رسه به بد و بیراه گفتن... (مشارکت کننده ۱۳). پرستاری طرحی در این رابطه بیان داشت: "وقتی مریضی میگه درد داره یه جاهایی که order نداره براش میزنند که غیرحرفه ای است و زمانی هم برای اینکه مریض مدام برای مسکن دنبالشون نیاد براش می زنن ... (مشارکت کننده ۵).

حق تسکین درد بیمارمحور: تجربیات پرستاران حاکی از آن بود که احترام به حقوق انسانی بیمار یک اولویت مراقبتی جهت کنترل مؤثر درد میباشد. بمنظور رعایت حقوق بنیادین افراد، پرستار بایستی مراقبتهای تسکین دهنده خود را متناسب با نیازهای فردی بیمار ارائه دهد. در این رابطه، اعتماد به بیانات بیمار در خصوص احساس درد ضروری است. مضمون اصلی "حق تسکین درد بیمارمحور" در غالب سه زیرمضمون "حق احساس راحتی"، "تفاوتهای فردی" و "اعتماد متقابل" مطرح گردید.

حق احساس راحتی: مطابق با تجارب پرستاران احساس آسایش و بی دردی از نیازهای اصلی و حقوق بنیادین هر بیماری محسوب میگردد. پرستاری با ۴ سال سابقه احساس راحتی را حق بنیادین انسان میدانند:

در خصوص حس درد یکی از چالشهای اصلی پرستاران در کنترل درد بیماران میباشد. در این رابطه، پرسش از بیمار در خصوص میزان درد به عنوان روشی ارجح شناخته شده است (۲۳). از طرفی، برخی پرستاران به جای اعتماد به بیانات بیمار در مورد حس درد، بر اساس قضاوت ذهنی خود اقدام مینمایند (۲۹). Ene و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که اغلب میزان درد واقعی بیمار در ارزیابی پرستار نادیده گرفته میشود (۳۰). با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مدیریت درد بیماران در بخشهای اورژانس با چالشهای متعددی چون زیرساختهای نامناسب سازمانی-حرفه ای و موانع مرتبط با عوامل انسانی مواجه میباشد؛ سیاستگذاران پرستاری میتوانند با بهره گیری از نتایج پژوهش حاضر در جهت هموار ساختن موانعی چون کمبود نیروی انسانی، بازنگری حدود اختیارات پرستاری، بازبینی سیستم نظارتی و توانمندسازی پرستاران برنامه ریزی نمایند. همچنین، نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن بود که توجه به تسکین درد بیمار یکی از حقوق بنیادین وی بوده که مستلزم مراقبت بیمارمحور میباشد. بر این اساس، میتوان اظهار داشت که نهادینه سازی دیدگاههای مراقبتی انسانگرایانه و ارزشهای زیربنایی حرفه پرستاری میتواند در ارتقای کیفیت کلیه مراقبتهای پرستاری از جمله کنترل درد مؤثر باشد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران جهت حمایت مالی و کلیه مشارکت کنندگان در این مطالعه، تقدیر و تشکر می‌گردد.

نظارتی قویتر همچون کمیته درد اشاره کردند (۲۱). در رابطه با زیر مضمون "عوامل انسانی مؤثر بر کنترل درد"؛ طبقاتی چون ترس از عوارض، جامع نگرى و اهمال کاری استخراج شد. در سایر مطالعات نیز، ترس از عوارضی چون ایست قلبی و اعتیاد دارویی در راستای عدم آگاهی پرستار از موانع مدیریت درد گزارش شده است (۲۵و۲۰). تحقیقات نشان میدهند که شرکت در کارگاهها بر افزایش آگاهی پرستار و مدیریت صحیح درد مؤثر است (۲۳). انتظار می‌رود در نتیجه افزایش سطح آگاهی و تغییر نگرش پرستار نسبت به مدیریت درد؛ دقت و حساسیت وی در این رابطه افزایش یابد (۲۵و۲۱). در خصوص دقت و توجه پرستار، Puntillo و همکاران تفاوت معنی داری بین ارزیابی شدت درد بیماران و پرستاران بخش اورژانس گزارش نمودند ($p < 0.001$). آنها به اهمیت اعتماد به بیانات بیمار در خصوص درد تأکید کردند (۲۶).

از سایر نتایج استخراج شده، توجه به تسکین درد بیمار به عنوان حق بنیادین وی بود. سازمانهای بین المللی همچون سازمان بهداشت جهانی بر این مهم تأکید داشته اند. امروزه با تمرکز بر مفاهیمی همچون مراقبت جامع نگر، تسکین درد بیمار جزو اولویتهای مراقبتی محسوب شده و به عنوان یک مسئله اخلاقی و حق قانونی مورد توجه قرار می‌گیرد (۲۷). مطابق با یافته های پژوهش حاضر در راستای احقاق حق مذکور، پرستار می بایست مراقبتهای خود را متناسب با نیازهای فردی بیمار و در طی ارتباطی مبتنی بر اعتماد متقابل ارائه دهد. همسو با نتایج مطالعه حاضر، Rejeh و همکاران در تحقیق خود به اهمیت در نظر گرفتن فردیت بیمار در مدیریت درد اشاره داشتند (۲۸). برقراری یک ارتباط همدلانه و مبتنی بر اعتماد و احترام از مقدمات اساسی مدیریت درد میباشد (۲۸-۲۴). عدم اعتماد به بیانات بیمار

Nurses' Experience of Pain Management in Patients Referred to the Emergency Department

A. Manookian (PhD)¹, S. Molaee (MSc)¹, N. Dehghan Nayeri (PhD)^{*2}

1.Department of Medical Surgical, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran

2.Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 20(12); Dec 2018; PP: 69-75

Received: Jan 15th 2018, Revised: May 20th 2018, Accepted: Jul 14th 2018.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Considering that the experience of nurses in pain management in patients in the emergency department is a reflection of their feelings, thoughts and attitudes in this regard, identification of their experiences can be the basis for dealing with the challenges. The present study was conducted to explain the experiences of nurses regarding pain management in patients referred to the emergency department.

METHODS: In this qualitative study, 14 nurses working in emergency departments of hospitals affiliated to the Tehran University of Medical Sciences participated through purposive sampling. The data were collected through individual, in-depth and semi-structured interviews and were simultaneously analyzed by conventional content analysis after transcribing the interviews.

FINDINGS: Based on the data analysis, two themes of "challenges and barriers to pain management" and "right to patient-centered pain relief" were extracted. The results indicate the existence of challenges such as limited authority, inefficient supervision, and etc. in organizational-professional areas such as fear about side effects, negligence, and etc. in the domain of human factors. Pain relief was also found as a fundamental right that requires patient-centered care.

CONCLUSION: Based on the results of this study, despite the numerous challenges in pain management in the emergency department, patient relief is one of the care priorities and fundamental human rights. Therefore, emphasis on the fundamental values of nursing profession and paying attention to patients' individual needs and rights can be effective in managing the pain properly.

KEY WORDS: *Pain Management, Emergency Department, Qualitative Study, Emergency Nursing.*

Please cite this article as follows:

Manookian A, Molaee S, Dehghan Nayeri N. Nurses' Experience of Pain Management in Patients Referred to the Emergency Department. J Babol Univ Med Sci. 2018;20(12):69-75.

*Corresponding Author: N. Dehghan Nayeri (PhD)

Address: School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran

Tel: +98 21 66927171

E-mail: dehghann@tums.ac.ir

References

1. Dehnoalian A, Mohammadpour A. Barriers to pain management: comparing the viewpoints between physicians and nurses. *J Anesthesiol Pain*. 2014; 4(4): 49-56.
2. Regeh N, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A, Anoosheh M. Pain Management: Patients' Perspective. *Iran J Nurs*. 2008; 20(52):1-20. [In Persian]
3. Hayes K, Gordon DB. Delivering quality pain management: the challenge for nurses. *AORN J*. 2015; 101(3):327-37.
4. Shirazi M, Manoochehri H, Zagheri Tafreshi M, Zayeri F, Alipour V. Explaining of chronic pain management process in older people: A grounded theory Study. *Med Surg Nurs J*. 2016; 4(4): 1-10.
5. Moudi S, Bijani A, Tayebi M, Habibi S. Relationship between death anxiety and mental health status among nurses in hospitals affiliated to babol university of medical sciences. *J Babol Univ Med Sci*. 2017; 19(2):47-53. [In Persian]
6. Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med*. 2008; 51(1):1-5.
7. Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, Tanabe P, PEMI Study Group. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain*. 2007; 8(6):460-466.
8. Hwang U, Richardson LD, Sonuyi TO, Morrison RS. The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture. *J Am Geriatr Soc*. 2006; 54(2):270-5.
9. Shahriari M, Golshan A, Alimohammadi N, Abbasi S. The effect of a pain management program on pain management in patients with decreased level of consciousness admitted in Al-Zahra hospital ICUs; A clinical trial. *J Anesthesiol Pain*. 2014; 5(3):36-45. [In Persian]
10. Datobar H, Alijanpour H, Khafri S, Jahani MA, Naderi R. Patient's Satisfaction of Emergency Department Affiliated Hospital of Babol University of Medical Sciences in 2013 -14. *J Babol Univ Med Sci*. 2016;18(4):56-62. [In Persian]
11. Bernstein SL, Asplin BR. Emergency department crowding: old problem, new solutions. *Emerg Med Clin North Am*. 2006; 24(4): 821-37.
12. Shahnazi H, Saryazdi H, Sharifirad G, Hasanzadeh A, Charkazi A, Moodi M. The survey of nurse's knowledge and attitude toward cancer pain management: Application of Health Belief Model. *J Educ Health Promot*. 2012; 1: 15.
13. Carol T, Carol L, Pamela L. Fundamentals of nursing, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
14. Samarkandi OA. Knowledge and attitudes of nurses toward pain management. *Saudi J Anaesth*. 2018; 12(2): 220-6.
15. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
16. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci*. 2013; 15(3):398-405.
17. Sloan G. Clinical Supervision in Mental Health Nursing. England: John Wiley & Sons; 2006.
18. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
19. Aziznejadroshan P, Alhani F, Mohammadi E. Experiences of iranian nurses on the facilitators of pain management in children: A qualitative study. *Pain Res Treat*. 2016; 3594240.
20. Mamishi N, Behroozishad F, Mohagheghi M, Eftekhari Z, Shahabi Z. The study of nurses' knowledge and attitudes regarding cancer pain management. *Hayat*. 2006; 12 (2) :23-32. [In Persian]. Available at: http://hayat.tums.ac.ir/browse.php?a_id=208&sid=1&slc_lang=en
21. Zahedpasha Y, Arzani A, Akbariyan Z, Hajiahmadi M, Ahmadi M. Barriers to use of non-pharmacological pain management methods in neonatal intensive care unit. *J Babol Univ Med Sci*. 2017; 19(9):20-5.[In Persian]

22. Dehnoalian A, Mohammadpour A. Barriers to pain management: Comparing the viewpoints between physicians and nurses. *J Anesthesiol Pain*. 2014; 5(2):49-56. [In Persian]
23. Rahimi O, Godarzi Z, Khalessi N, Soleimani F, Mohammadi N, Shamshiri A. The implementation of pain management and assessment in neonatal intensive care units of teaching hospitals affiliated to tehran university of medical sciences. *J Babol Univ Med Sci*. 2017; 19(6):28-34. [In Persian]
24. Namnabati M, Abazari P, Talakoub S. Identification of perceived barriers of pain management in Iranian children: A qualitative study. *Int J Nurs Pract*. 2012; 18(3):221-25.
25. Aziznejadroshan P, Alhani F, Mohammadi E. Challenges and practical solutions for pain management nursing in pediatric wards. *J Babol Univ Med Sci*. 2015; 17(12):57-64. [In Persian]
26. 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.
27. Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain management: a fundamental human right. *Anesth Analg*. 2007; 105(1):205-21.
28. Rejeh N, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A, Anoosheh M. Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management. *Scand J Caring Sci*. 2009; 23(2):274-81.
29. Lindberg JO, Engström Å. Critical care nurses' experiences: "A good relationship with the patient is a prerequisite for successful pain relief management". *Pain Manag Nurs*. 2011; 12(3):163-72.
30. Ene KW, Nordberg G, Bergh I, Johansson FG, Sjöström B. Postoperative pain management—the influence of surgical ward nurses. *J Clin Nurs*. 2008; 17(15):2042-50.