

بررسی صحت ارزیابی ماماها از درد حین در جاگذاری IUD

مریم حاجی اسماعیل^{۱*}، ابراهیم محمدی^۲، حمیدرضا فرخ اسلاملو^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۰۷/۰۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۳/۰۹/۰۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: یکی از نگرانی‌های زنان در مورد استفاده از وسیله داخل رحمی (IUD)، ترس از ایجاد درد و ناراحتی هنگام IUD گذاری است. مراقبین بهداشتی معمولاً درد را کمتر از میزانی که بیمار تجربه می‌کند، تخمین می‌زنند. این مطالعه، مقایسه‌ای بین درد تخمین زده شده توسط مراجعین و ماماها با حداکثر درد گزارش شده توسط زنان در طی فرایند IUD گذاری هست.

مواد و روش‌ها: این مطالعه روی ۱۲۶ زن داوطلب IUD گذاری در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه انجام گرفت. درد در مراحل مختلف IUD گذاری توسط مقیاس دیداری سنجش درد (VAS) صفر تا ۱۰ سانتی‌متری اندازه‌گیری شد. ماماها پس از پایان IUD گذاری میزان درد زنان را تخمین زدند و داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی اسپیرمن و ویلکاکسون و آمار توصیفی با استفاده از نسخه بیستم نرم‌افزار SPSS آنالیز شد.

یافته‌ها: میانگین حداکثر درد گزارش شده توسط نمونه‌ها $2/15 \pm 4/56$ بود. بین میانگین درد پیش‌بینی شده قبل از انجام فرایند IUD گذاری توسط نمونه‌ها و نیز درد تخمین زده شده توسط ماماها با حداکثر درد گزارش شده توسط نمونه‌ها همبستگی مثبت دیده شد ($P < 0/001$). میانگین درد تخمینی توسط ماماها و حداکثر درد گزارش شده در فرایند IUD گذاری توسط نمونه‌ها تفاوت معنی‌داری با یکدیگر داشتند ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: ماماها درد حین IUD گذاری را کمتر از میزانی که زنان تجربه می‌کنند، تخمین می‌زنند. سؤال در مورد میزان درد پیش‌بینی شده از زنان داوطلب در مشاوره قبل از IUD گذاری می‌تواند مفید باشد تا در صورت پیش‌بینی درد متوسط تا شدید از روش‌های کاهش درد مؤثر در کاهش درد IUD گذاری استفاده گردد.

کلیدواژه‌ها: جایگذاری IUD، تخمین درد، ماما

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۶۳، دی ۱۳۹۳، ص ۹۴۹-۹۴۳

آدرس مکاتبه: ارومیه، جاده سلماس، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، دانشکده دامپزشکی و پیراپزشکی، گروه مامایی، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۱۹۹۰۰
Email: mhajiesmaello@yahoo.com

مقدمه

مختلف، یکی از نگرانی‌های زنان در مورد استفاده از IUD ترس از ایجاد درد و ناراحتی هنگام گذاشتن این وسیله است. اصولاً دردناک بودن هر اقدام پزشکی میزان مقبولیت آن را در افراد جامعه کاهش داده و با کاهش پذیرش و انگیزه در افراد مورد عمل، میزان موفقیت آن کاهش و عوارض بعدی افزایش می‌یابد. تحقیقات مختلف انجام شده نیز نشان داده‌اند که IUD گذاری یک اقدام پزشکی دردناک می‌باشد. درد در مراحل مختلف این فرایند از جمله گذاشتن اسپکولوم، گذاشتن تاناکولوم، دست‌کاری سرویکس، عبور هیسترومتر و عبور دادن IUD از میان اندوسرویکس ایجاد می‌شود (۳).

وسيله داخل رحمی (IUD^۴) یکی از روش‌های طولانی‌مدت و اثربخش پیشگیری از بارداری است و از این نظر می‌تواند با روش بستن لوله‌های رحمی برابری کند (۱). بر اساس برآوردهای جدید، IUD با شیوع حدود ۱۴ درصد در زنان سنین باروری، دومین روش پیشگیری از بارداری شایع در سطح جهان می‌باشد (۲). این نسبت در کشورهای در حال توسعه ۱۷/۴ درصد و در کشورهای توسعه‌یافته حدود ۸/۱ درصد برآورد شده است (۲). افزایش تعداد زنان استفاده‌کننده از IUD یک هدف مهم بهداشت عمومی می‌باشد ولی بر اساس نتایج مطالعات کیفی

^۱ کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، گروه مامایی، ارومیه، ایران

^۲ تخصص داخلی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۳ متخصص بهداشت مادر و کودک، دانشیار، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشکده بهداشت، ارومیه، ایران

^۴ Intra-Uterine Device (IUD)

حین انجام فرایند توسط داوطلب و درد ارزیابی‌شده توسط ماماها انجام دهند.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است. تعداد نمونه ۱۲۶ نفر از زنان سنین ۴۵-۱۸ ساله بودند که جهت IUD گذاری به چهار مرکز بهداشتی درمانی شهری و پایگاه‌های مربوطه شهرستان ارومیه مراجعه کردند. تمامی IUD های مورد استفاده از نوع TCu380A بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل نداشتن منع استفاده از IUD مسی، عدم استفاده از داروهای مسکن و آرام‌بخش در ۲۴ ساعت قبل از مراجعه و داشتن سابقه حداکثر سه زایمان بود. موارد منع استفاده از IUD شامل شک به حاملگی، سپسیس دوره نفاسی، ابتلا به بیماری‌های التهابی لگن یا مقاربتی یا سرویسیت، سرطان آندومتر و یا سرویکس، خونریزی تشخیص داده نشده دستگاه تناسلی، ناهنجاری‌های رحمی و تومورهای فیبروئیدی که سبب تغییر شکل حفره رحمی شده‌اند، آلرژی به مس، بیماری ویلسون و فاصله کمتر از شش هفته از زایمان یا سقط می‌باشد. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل مشکل در جایگذاری IUD، اندازه رحم کوچک‌تر از شش یا بزرگ‌تر از ۹ سانتی‌متر بود. تمام افراد IUD گذار، کارشناس مامایی بوده و دارای حداقل ۵ سال سابقه کار بودند. ابزار گردآوری داده‌ها چک‌لیستی شامل اطلاعات فردی و مامایی و مقیاس دیداری سنجش درد (VAS^۳) صفر تا ۱۰ سانتی‌متری بود که به روش مصاحبه تکمیل شد. برای هر نمونه ابتدا چک‌لیست توسط یک دستیار پر شده سپس IUD به روش مرسوم و مطابق با دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذاشته شد. اندازه درد پیش‌بینی‌شده توسط متقاضیان و نیز درد زمینه‌ای (دیسمنوره)، درد در مراحل گذاشتن تناکولوم، استفاده از هیسترومتر، گذاشتن IUD و ۱۵ دقیقه پس از گذاشتن IUD توسط دستیار پرسیده شده و در پرسشنامه ثبت شد. پس از اتمام کار نیز مامای گذارنده IUD، میزان درد تخمین زده شده توسط خودش را ثبت می‌کرد. البته ماماها IUD گذار از میزان درد گزارش شده توسط نمونه‌ها اطلاعی نداشتند. داده‌ها با استفاده از نسخه بیستم نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ارائه ویژگی‌های توصیفی جمعیت از جداول فراوانی و آمارهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) استفاده شد. ارتباط بین میزان درد پیش‌بینی‌شده توسط نمونه‌ها و ماماها با حداکثر میزان درد گزارش شده توسط نمونه‌ها حین فرایند IUD

البته شدت درد در مطالعات مختلف، متفاوت گزارش شده است. در یک مطالعه ایرانی و با استفاده از مقیاس دیداری ۱۰-صفر، میانگین نمره درد $3/5 \pm 1/8$ گزارش شده است (۴) درحالی‌که میانه این شاخص در بیمارستان دانشگاه کارولینسکا ۶/۷ گزارش شده است (۵). به‌طور کلی ارزیابی درد به‌عنوان یک علامت^۱ امری مشکل است چون درد یک احساس ذهنی بوده و عوامل مختلفی مانند عوامل مذهبی، فرهنگی، اجتماعی، محیطی، روان‌شناختی و اضطراب می‌توانند بر درک درد در افراد مختلف تأثیر داشته باشد (۸-۶).

هدف از این مطالعه این است که صحت ارزیابی درد ناشی از IUD گذاری توسط ماماها مورد بررسی قرار گیرد. پیش‌بینی درد در همه پرونده‌های پزشکی از جمله IUD گذاری توسط پزشکان و مراقبین بهداشتی می‌تواند در انجام مشاوره‌های پزشکی و مشاوره IUD گذاری با زنان داوطلب مفید باشد. اداره درد یکی از حقوق مهم و از اولویت‌های درمان بوده و منوط به آگاهی و نگرش کادر پزشکی می‌باشد، همچنین درمان کامل درد یک امر اخلاقی است (۹). مطالعه‌های بسیاری کمبود آگاهی و نگرش ارائه‌کنندگان خدمت IUD گذاری از تشریح و فیزیولوژی درد و نیز بررسی درد را مستند کرده‌اند (۱۰). مطالعه بر روی آگاهی پزشکان و پرستاران ایتالیایی نشان داد که درد یک عنوان فراموش شده در برنامه‌های آموزشی است به‌طوری‌که از ۲۲۰۰۰۰ صفحه منابع اصلی دروس پزشکان فقط ۵۴ صفحه و از ۴۵۶۸۳ صفحه از درس اصلی پرستاران فقط ۲۴۸ صفحه به درد اختصاص داده شده است (۱۱). نگرش منفی و باور نداشتن درد بیمار روی عملکرد پرستاران و پزشکان اثر می‌گذارد. به‌طور مثال مطالعه دستورات پزشکان در اداره درد بعد از عمل به صورت "برحسب نیاز"^۲ (PRN) در برخی از مراکز سوختگی نشان داده است که درد بیماران به‌خوبی اداره نمی‌گردد و کمتر از ۵۰ درصد مسکن‌ها برحسب نیاز برای بیماران تجویز می‌شوند (۱۲).

با توجه به اینکه در حال حاضر به‌صورت روتین هیچ روش کاهنده درد در هنگام گذاشتن IUD در مراکز بهداشتی درمانی کشور استفاده نمی‌شود و تاکنون هیچ مطالعه‌ای در کشور در مورد تخمین درد ناشی از IUD گذاری توسط عاملان IUD گذارنده انجام نشده است و از آنجایی‌که حدود ۷۱ درصد از کل IUD گذاری‌ها در مراکز بهداشتی درمانی توسط ماماها صورت می‌گیرد (۱۳)، پژوهشگران در این مطالعه بر آن شدند مقایسه‌ای بین درد پیش‌بینی‌شده قبل از انجام فرایند IUD گذاری و درد گزارش شده

^۱ Symptom

^۲ Pro Re Nata

^۳ Visual Analog Scale (VAS)

۴۵-۱۸ سال بود. اکثر افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم (۶۳/۵ درصد) و خانه‌دار (۹۳/۷ درصد) بودند. از نظر سابقه زایمان، در ۳۱/۷ درصد موارد زایمان‌های قبلی شرکت‌کنندگان فقط به طریقه سزارین بود و در ۶۸/۳ درصد موارد حداقل یکی از زایمان‌های قبلی به روش طبیعی بوده است. در ۶۹/۸ درصد افراد، IUD گذاری در روزهای دوم و سوم قاعدگی انجام گرفته بود (جدول شماره ۱).

گذاری از ضریب همبستگی Spearman استفاده شد. برای مقایسه درد تخمین زده شده توسط ماماها و حداکثر مقدار درد گزارش شده توسط نمونه‌ها از آزمون Wilcoxon (نرمال نبودن میانگین‌ها) استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه $29/7 \pm 6/2$ سال با محدوده سنی

جدول (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی خصوصیات جمعیت شناختی و باروری افراد مورد بررسی در

طرح بررسی صحت ارزیابی ماماها از درد حین IUD گذاری

متغیر	تعداد	درصد
تحصیلات	زیر دیپلم	۶۳/۵
	دیپلم	۲۷
	دانشگاهی	۹/۵
شغل	خانه‌دار	۹۳/۷
	شاغل	۶/۳
تعداد زایمان	یک	۳۱/۷
	دو	۵۲/۴
	سه	۱۵/۹
نوع زایمان	طبیعی	۶۸/۳
	حداقل یک‌بار سزارین	۳۱/۷
شیردهی در زمان IUD گذاری	خیر	۵۴
	بلی	۴۶
سابقه IUD گذاری قبلی	خیر	۶۰/۳
	بلی	۳۹/۷
روز IUD گذاری نسبت به روزهای قاعدگی	بدون خونریزی قاعدگی	۱۱/۱
	اول	۶/۳
	دوم	۳۳/۳
	سوم	۳۶/۵
دیسمنوره در زمان IUD گذاری	چهارم و بیشتر	۱۲/۷
	خیر	۳۹/۷
	بلی	۶۰/۳

کمترین و بیشترین درد مراحل مختلف IUD گذاری به ترتیب به درد زمینه‌ای با میانگین $0/61 \pm 0/92$ و درد زمان گذاشتن تاناکولوم با میانگین $4/33 \pm 2/02$ محاسبه شد (جدول شماره ۲).

جدول (۲): توزیع میانگین و انحراف معیار درد مراحل مختلف فرایند IUD گذاری در طرح بررسی صحت ارزیابی ماماها از درد حین IUD گذاری

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار
درد زمینه‌ای (دیسمنوره)	$0/61 \pm 0/92$
مرحله گذاشتن تاناکولوم	$4/33 \pm 2/02$
مرحله گذاشتن هیسترومتر	$3/23 \pm 1/99$
مرحله گذاشتن IUD	$2/79 \pm 2/20$
۱۵ دقیقه پس از IUD گذاری	$1/63 \pm 1/78$

(۳-۰)، $52/4$ درصد درد متوسط (۴-۶) و $12/7$ درصد درد شدید (۷-۱۰) را در این فرایند تجربه کردند. در مورد درد تخمین زده شده

میانگین بیشترین درد گزارش شده در فرایند IUD گذاری (جدول شماره ۳) و $34/9$ درصد افراد درد خفیف $4/56 \pm 2/15$ بود

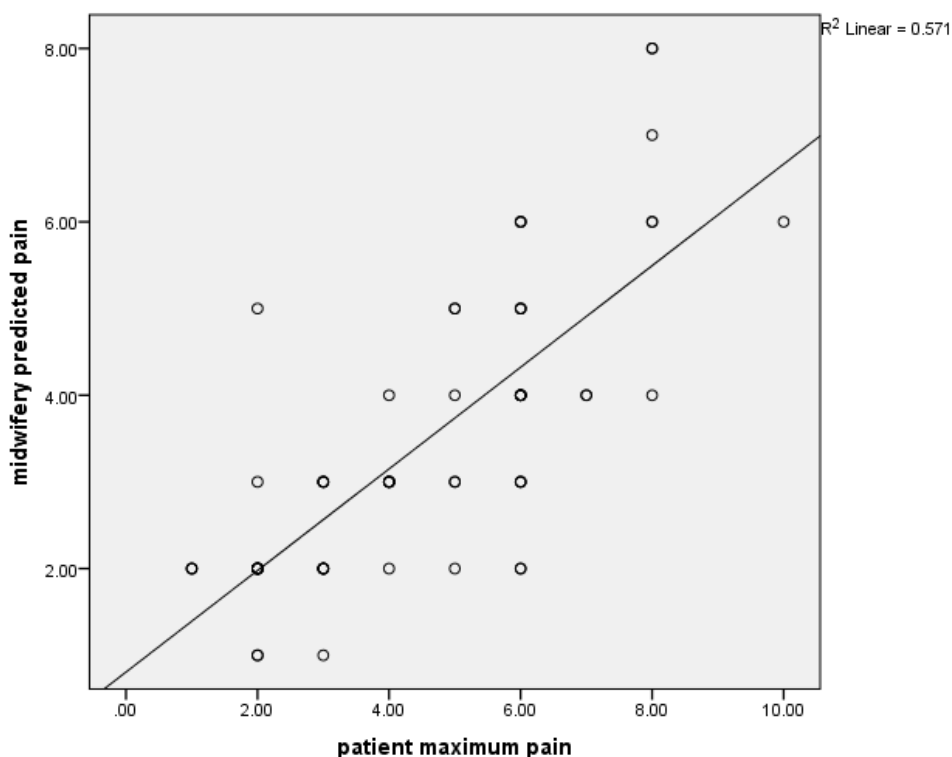
توسط ماماهاى IUD گذار، اکثریت ماماها درد را خفیف (۵۸/۷ درصد) گزارش کردند.

جدول (۳): توزیع شاخص‌های گرایش به مرکز درد پیش‌بینی‌شده توسط متقاضیان و ماماهاى IUD گذار و حداکثر مقدار درد گزارش شده توسط متقاضیان در فرایند IUD گذاری

متغیر	آماره	
	کمینه	بیشینه
درد پیش‌بینی‌شده توسط خود متقاضی	۲	۱۰
درد تخمین زده شده توسط مامای IUD گذار	۱	۸
حداکثر مقدار درد گزارش شده در فرایند IUD گذاری توسط متقاضیان	۱	۱۰

مقدار درد گزارش شده توسط نمونه‌ها و درد ارزیابی‌شده توسط ماما همبستگی مثبت مشاهده شد به‌گونه‌ای که با افزایش درد گزارش شده توسط نمونه‌ها، میزان درد تخمین زده شده توسط ماماها نیز افزایش می‌یافت ($r_{\text{spearman}} = 0.76, P < 0.001$) (نمودار ۱).

در این مطالعه، شدت همبستگی بین درد تخمین زده شده توسط ماماها و درد پیش‌بینی‌شده توسط متقاضیان قبل از IUD گذاری با حداکثر درد گزارش شده توسط متقاضیان در فرایند IUD گذاری با استفاده از ضریب همبستگی محاسبه شد. بین حداکثر



نمودار (۱): ارتباط درد تخمین زده شده توسط ماماها با حداکثر درد گزارش شده توسط متقاضیان

(spearman). میانگین درد تخمینی ماماها و حداکثر درد گزارش شده در فرایند IUD گذاری توسط نمونه‌ها تفاوت معنی‌داری با یکدیگر داشتند ($P \text{ value Wilcoxon} < 0.001$).

همچنین با افزایش میزان درد پیشگویی شده توسط نمونه‌ها قبل از شروع فرایند IUD گذاری، مقدار حداکثر درد گزارش شده توسط نمونه‌ها نیز افزایش می‌یافت ($r = 0.60, P < 0.001$).

بحث و نتیجه‌گیری

این بررسی، اولین مطالعه برای مقایسه میزان درد اظهارشده توسط نمونه‌ها و میزان درد ارزیابی‌شده توسط ماماها در فرایند IUD گذاری در ایران می‌باشد که بر روی ۱۲۶ داوطلب IUD گذاری انجام گرفته است. نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین درد ارزیابی‌شده توسط ماماها کمتر از میانگین حداکثر درد گزارش شده توسط متقاضیان IUD گذاری بود که این تفاوت حدود ۱/۰۸ محاسبه گردید. نتایج این مطالعه مؤید سایر تحقیقاتی است که نشان دادند مراقبین بهداشتی و درمانی درد بیماران را کمتر از آنچه آنان تجربه می‌کنند، تخمین می‌زنند. در مطالعه Maguire (۱۴) در سال ۲۰۱۲ نیز بین بیشینه درد گزارش شده در IUD گذاری توسط نمونه‌ها با مقیاس دیداری ۱۰۰ میلی‌متری (VAS) و درد ارزیابی‌شده توسط مراقبین بهداشتی IUD گذار، تفاوت معنی‌داری وجود داشت (۶۴/۸±۲۷ در مقابل ۱/۳±۲۶/۰۰۱/۳۵،۰۰ P<۰/۳۵) و این تفاوت در مطالعه آن‌ها ۲۸/۵ بود. Puntillo (۱۵) نیز در تحقیق خود باهدف بررسی صحت ارزیابی پرستاران اورژانس از درد بیماران نشان داد که میانگین شدت درد گزارش شده توسط بیماران در تریاژ اورژانس ۷/۵±۲/۲ بود در حالیکه میانگین شدت درد تخمین زده شده توسط پرستاران آن بیماران به‌طور معنی‌داری کمتر بود (۰/۵±۲/۴/۰۰۱/۱ P<۰/۵۰). نتایج این مطالعات با پژوهش حاضر همخوانی دارد. در پژوهش حاضر اکثر متقاضیان (۶۵/۱ درصد) درد متوسط تا شدید را تجربه کردند. علیزاده (۱۶) در مطالعه خود در مورد میزان درد ناشی از جایگذاری IUD نشان داد که ۵۱ درصد زنان در زمان IUD گذاری درد متوسط یا شدید را احساس می‌کنند که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد. در این مطالعه مرحله گذاشتن تاناکولوم دردناک‌ترین مرحله کار بود که با نتیجه مطالعه

Seamark (۱۷) و Allen (۱۸) مطابقت دارد. ولی در مطالعه Maguire (۱۹) مرحله گذاشتن هیسترومتر و اندازه‌گیری عمق رحم دردناک‌ترین مرحله بود. به نظر می‌رسد یکی از علل مغایرت این است که در مطالعه حاضر تمامی شرکت‌کنندگان سابقه زایمان داشته و در اکثریت شرکت‌کنندگان، IUD گذاری در یکی از روزهای قاعدگی انجام گرفته است. درحالی‌که در مطالعه Maguire اغلب شرکت‌کنندگان شکم اولی بوده و IUD گذاری در روزهای غیر از قاعدگی انجام گرفته بود و در تعدادی از شرکت‌کنندگان برای باز کردن سوراخ سرویکس جهت گذاشتن هیسترومتر نیاز به استفاده از دیلاتور بوده است. تصور بر این است که در زمان قاعدگی سوراخ داخلی سرویکس اندکی باز و نرم بوده و عبور هیسترومتر از آن آسان تر می‌باشد، لذا درد ناشی از گذاشتن هیسترومتر کمتر است. همچنین نتایج تحقیق نشان داد که هر قدر میزان درد پیشگویی شده توسط نمونه‌ها قبل از شروع فرایند IUD گذاری بیشتر باشد، مقدار حداکثر درد گزارش شده در طی فرایند IUD گذاری توسط نمونه‌ها نیز افزایش می‌یافت. بنابر این سؤال در مورد میزان درد پیش‌بینی‌شده از زنان متقاضی IUD گذاری در مشاوره قبل از IUD گذاری می‌تواند مفید باشد تا در صورت پیش‌بینی درد متوسط تا شدید از روش‌های کاهش درد از جمله استفاده از کرم EMLA (۲۰) در سرویکس و یا بی‌حسی پارا سرویکال (۲۱) جهت کاهش درد IUD گذاری استفاده گردد.

تقدیر و تشکر

از معاونت محترم امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان آذربایجان غربی و مرکز بهداشت شهرستان ارومیه و ماماها‌های شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه که در انجام این تحقیق همکاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌نمائی‌ام.

References:

1. Grimes DA, Mishell Jr DR. Intrauterine contraception as an alternative to interval tubal sterilization. *Contraception* 2008; 77(1):6-9.
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Fertility and Family Planning Section. *World Contraceptive Use 2012*. Web. 3 April 2014. <http://www.un.org/esa/population/publications/WCU2012/MainFrame.html>
3. Asker C, Stokes-Lampard H, Beavan J, Wilson S. What is it about intrauterine devices that women find unacceptable? Factors that make women non-users: a qualitative study. *J Fam plan Reprod Health Care* 2006; 32:89-94.
4. Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Seidi S, Kazemi F. Effect of lidocaine gel on pain from copper IUD insertion: a randomized double-blind controlled trial. *Indian J Med Sci* 2010;64(8):349-55.

5. Saav I, Aronsson A, Marions L, Stephansson O, Gemzell Danielsson K. Cervical priming with sublingual misoprostol prior to insertion of an intrauterine device in nulliparous women: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2007;22(10):2647-52.
6. Taylor C, Lillis C, Lemone P. *Fundamentals of nursing the art and science of nursing care*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins Perry; 2005.P. 1195-1226.
7. Harkrender H. *Fundamentals of nursing caring and clinical judgment*. Philadelphia:W.B.Saunders co; 2000.P.1170- 1203.
8. Potter PA, Perry AG. *Fundamentals of nursing*. 4th ed. Philadelphia: Mosby; 2001.P. 1288-1293.
9. Bowden VR, Greenberg CS. *Pediatric nursing procedures*. Philadelphia: Lippincott; 2003. P. 52.
10. Hochekenberry MJ, Wilson D, Winkekstein ML. *Wong's essentials of pediatric nursing*. 7th ed. St Louis: Mosby; 2005. P. 667.
11. Ball J, Bindler R. *Pediatric nursing care*. 2nd ed. Appleton and Lange; 1999. P. 272.
12. Choiniere M, Burn pain. *Clinical updates*. IASP 2001; 9(1): 1-4.
13. Ministry of Health and Medical Education; Health Department in collaboration with the Statistical Center of Iran; United Nations Children's Fund (UNICEF) and United Nations Population Fund (2000); [Iran demographic and health survey/DSH]. Ministry of Health and Medical Education, 4. (Persian).
14. Maguire K, Morrell K, Westhoff C, Davis A. Accuracy of providers' assessment of pain during intrauterine device insertion. *Contraception* 2014;89(1):22-4.
15. Puntillo K, Neighbor M, O'Neil N, Nixon R. Accuracy of emergency nurses in assessment of patient's pain. *Pain Manag Nurs* 2003;4:171-5.
16. Mohammad Alizadeh Charandabi S, Seidi S, Kazemi F. IUD insertion pain and its associated factors. *Tabriz Nurs Midwifery J* 2011;(21):47-52. (Persian)
17. Seamark C. Is the fitting of an Intrauterine Contraceptive Device a painful experience? *Br J Fam Plann* 1993;19:229-31.
18. Allen RH, Raker C, Goyal V. Higher dose cervical 2% lidocaine gel for IUD insertion: a randomized controlled trial. *Contraception* 2013;88(6):730-6.
19. Maguire K, Davis A, Rosario Tejada L, Westhoff C. Intracervical lidocaine gel for intrauterine device insertion: a randomized controlled trial. *Contraception* 2012;86:214-9.
20. Ahmadi Doulabi M, Tavakolian S, Mortazavi A, Akbarzade Baghban A. Effect of EMLA cream on pain of Copper IUD insertion. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Faculty* 2013;21(3): 24-30. (Persian)
21. Mody SK, Kiley J, Rademaker A, Gawron L, Stika C, Hammond C. Pain control for intrauterine device insertion: a randomized trial of 1% lidocaine paracervical block. *Contraception* 2012;86:704-9.

ACCURACY OF MIDWIVES ASSESSMENT OF PAIN DURING INTRA-UTERINE DEVICE (IUD) INSERTION

HajiEsmailou M¹*, Mohamadi E², Farrokh-Eslamlou H³

Received: 25 Sep, 2014; Accepted: 26 Nov, 2014

Abstract

Background & Aims: One of the concerns during IUD insertion is fear of pain and discomfort. Providers usually underestimate client's pain. This study compares midwives assessment of pain and maximum client pain in the IUD insertion procedure.

Material and Methods: One hundred and twenty six women that wanted to insert IUD were included in the study at Urmia health centers. Participants rated the pain using Visual Analogue Scale (VAS) 0-10 cm at different times. Midwives assessed clients' pain just after termination of the IUD insertion process. Spearman and Wilcoxon tests and also descriptive analysis were used to analysis data using the SPSS v. 20 Software.

Results: Mean maximum client pain was 4.56 ± 2.15 . There was a positive correlation between the anticipated client pain before IUD insertion and also estimated pain by midwives with the maximum pain reported by participants ($p < 0.001$). There was a significant difference between the mean pain score estimated by midwives and the maximum patient pain during the IUD insertion procedure ($p < 0.001$).

Conclusion: Midwives underestimate the pain during IUD insertion. Question of anticipated patient pain might be helpful in counseling process prior to the IUD insertion procedure and also in probable selecting pain decreasing routes.

Keywords: IUD insertion, estimated pain, midwife.

Address: Department of Midwifery, Faculty of Veterinary and Para medicine, Urmia Branch of Islamic Azad University, Urmia, Iran

Tel: (+98)4432719900

Email: mhajiesmaello@yahoo.com

¹ MSc of Midwifery, Department of Midwifery, Urmia Branch of Islamic Azad University, Urmia, Iran (Corresponding Author)

² Internist, Urmia University of Medical Sciences

³ Associate Professor of Maternal & Child Health, Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran