

تسکین درد در بخش‌های جراحی کودکان

معصومه اکبربگلو^۱، دکتر لیلا ولی زاده^۲

تاریخ دریافت: ۸۸/۱/۱۷ تاریخ پذیرش: ۸۸/۳/۳

چکیده

پیش زمینه و هدف: ابراز درد در سنین بزرگسالی امری معمول است، ولی در خصوص کودکان این امر نیاز به توجه و دقت بیشتر دارد. با توجه به این که مطالعات مبین وضعیت اقدامات مربوط به درد در کودکان ناکافی است لذا در این پژوهش به بررسی این موضوع پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر توصیفی می‌باشد که در بخش‌های جراحی عمومی، گوش - حلق - بینی، قلب و ارتوپدی سه مرکز آموزشی درمانی کودکان، امام رضا و شهدا تبریز سال ۱۳۸۶ صورت گرفت. ابزار جمع آوری داده‌ها شامل چک لیست بررسی درد کودکان بود که با مصاحبه انفرادی با سرپرستار هر بخش و مشاهده موارد تکمیل گردید. روایی ابزار، با روایی محتوایی و پایایی با آلفای کرونباخ بررسی شد.

یافته‌ها: تنها در دو بخش از ابزار چهره‌ای برای بررسی شدت درد استفاده می‌شود ولی در سایر بخش‌ها علایم رفتاری مثل گریه و بی‌قراری (۷۵ درصد) مد نظر بود. برگه‌های بررسی و ثبت درد در هیچ مرکزی گزارش نشد. بیشترین داروی مورد استفاده استامینوفن و از روش‌های غیر دارویی متداول، استفاده از انحراف فکر (۱۰۰ درصد) اسباب بازی‌ها (۷۵ درصد) و پلاسبو (۲۵ درصد) گزارش شد. برای کاهش درد حین پروسیجرها تنها لیدوکائین برای تعیبه سوند فولی یا سوند معده در یک بخش گزارش گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد اقدامات در خصوص بررسی و تسکین درد، برنامه‌ریزی شده و منسجم نمی‌باشد و ضرورت ایجاد آگاهی و تامین امکانات بیشتر جهت اداره درد در بخش‌های کودکان مشهود است.

کلید واژه‌ها: تسکین درد، کودکان، بخش‌های جراحی

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفتم، شماره سوم، ص ۷۱-۶۶، تابستان ۱۳۸۸

آدرس مکاتبه: خوی، دانشکده پرستاری و بهداشت، تلفن: ۰۹۱۴۱۶۳۲۹۲۲
Email: m.akbarbegloo@yahoo.com

مقدمه

تخریب بافتی مورد تأکید قرار می‌دهد (۱). و در واقع مشکل بودن تشخیص درد و چگونگی آن را در کودکان روشن می‌سازد. کودکانی که هنوز قادر به صحبت کردن نیستند، نمی‌توانند درد خود را با روش‌های استاندارد و

انجمن بین‌المللی درد، درد را یک احساس پنهان و تجربه هیجانی مرتبط با آسیب بافتی حاد یا بالقوه می‌داند. این تعریف درد را به‌عنوان یک تجربه زیستی - روانی و علامت

^۱ مربی گروه کودکان، هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و بهداشت خوی (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی

دارد. با توجه به این‌که مطالعات مبین وضعیت اقدامات مربوط به درد در کودکان در کشورمان ناکافی به‌نظر می‌رسد لذا این پژوهش با هدف بررسی تسکین درد در بخش‌های جراحی کودکان تبریز انجام گردیده است. سوالات مطرح شده در پژوهش شامل:

- ۱- بیشترین روش مورد استفاده بررسی درد کودکان در بخش‌های جراحی چه می‌باشد؟
- ۲- بیشترین روش دارویی مورد استفاده جهت تسکین درد کودکان در بخش‌های جراحی چه می‌باشد؟
- ۳- بیشترین روش غیردارویی مورد استفاده جهت تسکین درد کودکان در بخش‌های جراحی چه می‌باشد؟

مروری بر متون

بررسی درد مفهومی وسیع‌تر از درمان درد است و جنبه‌های مختلف زیادی را در بر می‌گیرد. در بررسی کلی درد باید هفت جنبه شامل: علایم شناختی، فیزیولوژیکی، حسی، رفتاری، عاطفی، فرهنگی - اجتماعی و محیطی مورد توجه قرار گیرد (۸). طبق تئوری^۳ راحتی، افزایش استراتژی‌های راحتی در کودکان باعث افزایش فعالیت‌های سلامتی و ابقاء آن در کودک می‌شود (۹). تاکنون از ابزارهای مختلفی برای بررسی درد در کودکان استفاده شده است ولی در بین آن‌ها ابزارهایی که جنبه‌های مختلف تاثیر درد را مورد ارزیابی قرار می‌دهند، به‌عنوان ابزار مناسب شناخته می‌شوند. این ابزارها باید به راحتی قابل استفاده بوده و نیاز به مدت زمان زیادی جهت بررسی درد نداشته باشد (۱۰).

انجمن درد آمریکا و آکادمی کودکان آمریکا پیشنهاد می‌کند که ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی علایم فیزیولوژیکی، رفتاری و گزارش‌های والدین را توأم در بررسی درد به‌کار گیرند درحالی‌که این علایم به‌طور ناکافی و ناهماهنگ از طرف پرسنل پرستاری به کار می‌روند (۱۰-۳).

ذهنی بیان کنند. این ناتوانی در ابراز درد باعث می‌شود تا درد در این گروه از کودکان شناسایی نشده و به‌طور کامل تسکین داده نشود (۲).

انجمن درد آمریکا^۱ و آکادمی کودکان آمریکا^۲ تأکید بر پیش‌بینی اولیه درد و جلوگیری از آن و تسکین درد در صورت بروز دارد و اعلام می‌کند که درمان کافی درد نیاز به بررسی شدت آن و همچنین پاسخ فرد نسبت به درمان تجویزی دارد (۳).

درد به‌طور دوره‌ای و به‌طور متوسط در ۶ تا ۱۰ درصد نوزادان که نیاز به مراقبت دارند تجربه می‌شود (۴). مطالعات مشاهده‌ای نیز میزان شیوع متوسط درد روزانه در میان کودکان پیش دبستانی و دبستان را در مراقبت‌های روزانه بین ۰/۴۱-۰/۳۴ در هر ساعت برای هر کودک عنوان کرده است (۵).

تمامی کودکان در پاسخ به درد تحریک‌پذیر، هیجان‌زده و بی‌قرار شده، حتی ممکن است دچار کابوس شبانه، اختلال خواب و تغذیه شوند و در آن‌هایی که درد تسکین نیافته دارند احساس قربانی شدن، افسردگی، انزوا و تنهایی پیدا می‌کنند. والدین آن‌ها غالباً نسبت به سیستم‌های درمانی احساس بی‌اعتمادی و عصبانیت می‌کنند و به علت ناتوانی در جلوگیری از درد و این‌که کاری از دستشان بر نمی‌آید، احساس افسردگی و گناه می‌کنند. بنابراین کودکانی که نیاز به درمان‌های طبی تهاجمی مکرر دارند، بالاچار درماندگی و پریشانی دراز مدتی را تجربه می‌کنند (۶). تعداد زیادی از کودکان هر روز تحت پروسیجرهای دردناک قرار می‌گیرند که به‌عنوان منبعی از استرس فیزیولوژیکی - روانی محسوب می‌شود و عدم درمان این نوع درد به علت عدم آگاهی کافی از درد و پاسخ واقعی بیماران به تجربیات درد پروسیجرال است (۷). از طرفی ابراز درد و درخواست برطرف کردن آن از سوی بیماران در سنین بزرگسالی امری معمول است، ولی درخصوص کودکان (در سنین مختلف) این امر نیاز به توجه و دقت بیشتر

¹ American Pain Society (APS)

² American Academy of Pediatrics)AAP

³ Comfort

جراحی ارتوپدی سه مرکز آموزشی درمانی کودکان (دو بخش)، امام رضا، شهدا تبریز سال ۱۳۸۶ صورت گرفت. جامعه مورد پژوهش شامل چهار نفر از سرپرستاران بخش‌های مذکور و روش نمونه‌گیری سرشماری بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل چک لیست مربوط به بررسی و اقدامات درخصوص درد کودکان بود که با مصاحبه انفرادی با سرپرستار هر بخش و مشاهده، موارد تکمیل گردید. روایی ابزار، به روش روایی محتوایی توسط پنج نفر از اعضای هیئت علمی و آموزشی پرستاری و پایایی از طریق آلفای کرونباخ ($\alpha=0/77$) مورد سنجش قرار گرفت. تجزیه تحلیل داده‌ها از طریق آمار توصیفی صورت گرفت. برای حفظ حقوق شرکت کننده‌ها، بعد از کسب اجازه از محیط پژوهش، موضوع، هدف کلی تحقیق و اطلاعات ضروری درباره تحقیق و نحوه حفظ حقوق شرکت کنندگان در اختیار آن‌ها قرار داده شد. پس از تکمیل پرسش‌نامه، مرجع علمی برای مدیریت درد کودکان جهت مطالعه بیشتر سرپرستاران معرفی شد.

یافته‌ها

در کلیه بخش‌ها پرستار و پزشک را به‌عنوان فرد بررسی کننده درد معرفی کرده بودند. فقط در یک بخش کارگاه کنترل درد در کودکان توسط سوپروایزر آموزشی مرکز ترتیب داده شده بود و در سایر بخش‌ها پرسنل هیچ دوره یا کارگاه مربوط را نگذرانده بودند. در هیچ‌کدام از مراکز، پرسنل نسبت به عوارض داروهای مخدر مورد استفاده جهت تسکین درد کارگاه یا دوره بازآموزی نگذرانده بودند. پرسنل، در مورد روش‌های مختلف غیردارویی تسکین درد هیچ کارگاه یا دوره آموزشی را نگذرانده بودند. برگه‌های اختصاصی بررسی و ثبت درد در هیچ مرکزی مورد استفاده نبود. فقط در یک بخش پروتکل مداخله تسکین درد تنظیم شده توسط وزارت بهداشت در دسترس پرسنل بخش قرار داشت.

مطالعه مورتون^۱ نشان داد که از ابزارهای مورد بررسی درد، کرایز^۲ برای بررسی درد در نوزادان و ابزار خودگزارشی برای کودکان زیر سه سال و ابزار قیاسی چشمی^۳ و خود گزارشی برای بررسی درد در کودکان هفت ساله مناسب می‌باشد (۸). براساس تحقیقات کک^۴ و همکاران ابزار چهره‌ای یکی از بهترین ابزارهای بررسی درد کودکان در همه سنین شناخته شده است (۱۱). بعد از شناسایی درد به‌وسیله ابزارهای بررسی درد برای کنترل موثر آن معمولاً نیاز به چند مداخله است. این مداخلات می‌توانند به‌صورت دارویی و غیر دارویی یا هر دو اعمال شود. در رابطه با روش‌های غیر دارویی باید گفت از آنجا که درد غالباً همراه با استرس و اضطراب است استفاده از راهکارهایی مانند انحراف فکر^۵، هیپنوتیزم، آرام سازی^۶، تصویر سازی هدایت شده^۷ و تحریک پوستی می‌تواند منجر به کاهش احساس درد شده و میزان تحمل کودک را افزایش و تاثیر داروهای ضد درد را بیشتر کند (۱۲).

بدن^۸ و همکاران معتقد است که درمان‌هایی غیردارویی به کودک اجازه می‌دهد در حین درمان یک نقش فعال را بازی کند، بر احساس قربانی شدن تسلط یابد و کودک احساس تسلط و کنترل بر پاسخ‌هایش را در آن موقعیت داشته باشد (۱۳). در مورد کنترل دارویی درد می‌توان از انواع غیر مخدر مثل استامینوفن برای دردهای خفیف و متوسط و از انواع مخدر مثل مورفین برای دردهای شدیدتر را نام برد (۱۲).

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی می‌باشد که در بخش‌های جراحی عمومی، جراحی گوش - حلق - بینی، جراحی قلب و

¹ Morton

² CRIES= Crying, Oxygen requirement, Increased vital signs, facial Expression, Sleep

³ VAS=Visual Analog Scale

⁴ Keck

⁵ Distraction

⁶ Relaxation

⁷ Guided imagery

⁸ Bowden

جدول شماره (۱): فراوانی روش‌های مورد استفاده جهت بررسی و اداره درد در بخش‌های جراحی کودکان

روش‌های غیر دارویی تسکین درد		روش‌های دارویی تسکین درد		ابزار بررسی درد	
(درصد) تعداد بخش		(درصد) تعداد بخش		(درصد) تعدادبخش	
۴(۱۰۰)	انحراف فکر	۴(۱۰۰)	استامینوفن	۰ (۰)	مقیاس شماره ای
۰ (۰)	تجسم سازی	۲(۵۰)	دیکلوفناک	۰ (۰)	عبارت توصیفی
۳(۷۵)	اسباب بازی	۲(۵۰)	پتیدین	۲ (۵۰)	مقیاس چهره ای
۱(۲۵)	پلاسیو	۱(۲۵)	لیدوکائین یا EMLA	۳ (۷۵)	علائم رفتاری

در رابطه با سوال اول پژوهش بیشترین ابزار مورد بررسی درد در بخش‌های جراحی علایم رفتاری کودک (ولی به صورت غیر سازمان یافته) و بعد از آن ابزار چهره‌ای می‌باشد.

تحقیقات نیز نشان می‌دهد زمانی که کودک نمی‌تواند صحبت کند یا این که درد خود را گزارش کند بررسی رفتار کودک یکی از موثرترین ابزارها می‌باشد. رفتارهای مخصوص دیسترس از قبیل گریه، اشکال صورت، وضعیت بدن، سفتی، تغییر در خواب به وجود درد در کودکان سنین پایین اشاره می‌کند (۱۱).

در مطالعه مرکل^۳ و همکاران مشخص گردید که ابزار بررسی درد فلاک^۴ که علایم رفتاری را بررسی می‌کند به عنوان یک ابزار معتبر و پایا در بررسی درد کودکان در بخش‌های جراحی کودکان می‌باشد و می‌تواند به عنوان یک ابزار عملی و آسان برای بررسی درد در کودکان دو ماهه تا هفت ساله به کار برده شود و همچنین ارتباط مثبت و معنی‌دار آماری بین فلاک و ابزار چهره‌ای دیده شد (۱۴). از این ابزار می‌توان برای بررسی درد در بخش‌های جراحی، تروما، سرطان و یا سایر رویه‌های دردناک استفاده کرد (۲).

در تحقیق دیگری که توسط لافی و گرو^۵ (۲۰۰۳) با هدف مقایسه روایی و پایایی سه ابزار بررسی درد شامل ابزار قیاسی چشمی، ابزار چهره‌ای و اوچر انجام گردید، از کودکان سنین ۱۸-۳ ساله خواسته شد تا بعد از تکمیل پرسش‌نامه، ابزار مورد نظر خود را که به راحتی می‌توانند از آن استفاده کنند را انتخاب نمایند و

همان طوری که جدول یک نشان می‌دهد در دو بخش از ابزار چهره‌ای برای بررسی شدت درد استفاده می‌شود ولی در سایر بخش‌های مورد بررسی، علایم رفتاری مثل گریه و بی‌قراری مدنظر قرار داده می‌شد. همچنین از بیشترین داروهای مورد استفاده، استامینوفن به صورت شربت و شیاف کودکان بسته به سن استفاده می‌شد و در دو بخش استفاده از دیکلوفناک و همچنین پتیدین ویریدی گزارش گردید. درخصوص کاهش درد حین پروسیجرها از هیچ دارویی مثل املا^۱ و بیکربنات لیدوکائین^۲ استفاده نمی‌شد. تنها لیدوکائین برای تعبیه سوند فولی یا سوند معده در یک بخش گزارش گردید.

با توجه به نتایج بیشترین روش‌های غیردارویی تسکین درد، استفاده از انحراف فکر، اسباب بازی‌ها و ایجاد محیط امن و آرامش دادن برای کودک و تلقین به تزریق داروی ضد درد با اجرای پلاسیو گزارش گردید.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به منظور تعیین روش‌های مختلف بررسی درد و چگونگی تسکین آن صورت گرفته است و یافته‌ها با توجه سوالات پژوهش به شرح زیر بحث می‌شوند.

³ Merkl

⁴ FLACC= Face, legs, activity, crying, consolability scale

⁵ Grove & Luffy

¹ Eutectic Mixture of Local Anesthetic (EMLA)

² Bicarbonate Na & Lidocaine (BL)

نتایج نشان داد که ابزار چهره‌ای به‌عنوان بیشترین ابزار ترجیحی در کودکان بود (۱۵).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، به غیر از یک بخش در سایر بخش‌ها پرسنل هیچ دوره یا کارگاه مربوط به کنترل درد را نگذرانده بودند و برگه‌های اختصاصی بررسی و ثبت درد در هیچ مرکزی گزارش نشد.

الی^۱ (۲۰۰۱) معتقد است دلایل زیادی برای عدم کفایت تسکین درد در کودکان وجود دارد که از جمله آن‌ها می‌توان به ناکافی بودن آموزش‌های پایه برای ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی، محدودیت‌ها یا عدم وجود دانش صحیح در رابطه با درمان درد کودکان، ترس یا تصور غلط در رابطه با تسکین درد که ممکن است در تصمیم‌گیری افراد برای استفاده از روش‌های تسکین درد به‌خصوص استفاده از ضددردهای اپیوئیدی تأثیر بگذارد (۱۶).

در تحقیق دیگری که توسط پانتیلو و جاکوب^۲ (۱۹۹۹) انجام شد، مشخص گردید فقط کم‌تر از یک سوم پرسنل از ابزار بررسی درد که توسط موسسه تأیید شده بود و در فلوشیت‌ها قرار داشت، استفاده می‌کردند (۱۷).

در رابطه با سوال دوم پژوهش از بیشترین داروهای مورد استفاده در بخش استامینوفن به‌صورت شربت و شیاف کودکان بسته به سن استفاده می‌شد.

مطالعه کرائوس^۳ و همکاران نشان داد که استامینوفن، آسپرین و ضد التهاب‌های غیراستروئیدی معمولاً به‌عنوان داروهای اولیه در درمان دردهای خفیف تا متوسط هستند و استامینوفن نیز به‌عنوان متداولترین داروی ضد درد که دارای کم‌ترین عوارض جانبی می‌باشد، شناخته شده است (۱۸).

مطالعات دیگر نیز نشان می‌دهد کودکان اغلب از سرنگ می‌ترسند و حتی به خاطر ترس از تزریقات، وجود درد خود را انکار می‌کنند و ترجیح می‌دهند از روش‌های دیگر مثل قرص، شربت یا شیاف برای تسکین درد استفاده بکنند (۱۱).

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تقریباً از هیچ ضددردی در حین پروسیجرهای دردناک استفاده نمی‌شد درحالی‌که مطالعه مورتون نشان داد استفاده از کرم‌های موضعی ضد درد از قبیل املا قبل از پروسیجرهای دردناک و یا در کودکانی که ترس از سر سوزن دارند خیلی موثر بوده و باعث کاهش درد می‌شود (۸).

در رابطه با سوال سوم پژوهش بیشترین روش‌های غیر دارویی تسکین درد انحراف فکر بود. انحراف فکر در واقع تمرکز دقت و توجه روی محرک‌های به جزء درد است (۱۹).

مطالعه چون^۴ هم نشان داد که استفاده از انحراف فکر موجب تطابق کودک و کاهش استرس و درد حاصل از واکسیناسیون شده است (۲۰). نتایج پژوهش تاناب^۵ هم نشان داد که انحراف فکر موجب کاهش درد بیشتری در مقایسه با ایبو بروفن و درمان استاندارد شده است (۲۱).

با توجه به نتایج به دست آمده، به‌نظر می‌رسد اقدامات درخصوص بررسی درد و تسکین آن در کشورمان برنامه ریزی شده و منسجم نمی‌باشد و ضرورت ایجاد آگاهی و تامین امکانات بیشتر جهت اداره درد در بخش‌های کودکان مشهود است.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری سرپرستاران محترم بخش‌های مورد پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد.

⁴ Cohen
⁵ Tanabe

¹ Ely
² Jacob & Puntillo
³ Krauss

References:

1. Strong J, Unruh AL. Pain. A textbook for therapists. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2002. P. 100.
2. Manworren RC, Hynan LS. Clinical validation of FLACC: preverbal patient pain scale. *Pediatr Nurs* 2003; 29 (2): 140-6.
3. American Academy of Pediatrics (AAP) & American Pain Society (APS). Policy statement: the assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. *Pediatrics* 2003; 108 (3): 793-7.
4. Dollberg S, Stolik-Dollberg O. Prevention and pain management in term and preterm infants. *Harefuah J* 2004; 143 (1): 54-9.
5. Strong J, Unruh A, Wright A, Baxter DG. Pain: a textbook for therapists. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2002. P. 100.
6. دل پیشه ع. مراقبت‌های آرام سازی و راهکارهای تسکین درد کودکان مبتلا به سرطان. تهران، انتشارات بهداشت جهانی، ۱۳۷۹، ص ۹.
7. Artillo KA. Patient's perceptions and responses to procedural pain: results from thunder project II. *Am J Crit Care* 2001; 10(4): 238.
8. Morton NS. Pain assessment in children. *Pediatr Anesth* 1997; 7:267-72.
9. Kolcaba K, Dimarco MA. Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatr Nurs* 2005; 31(3): 187-94.
10. Stevens B. Pain in infants. In: McCaffery M & Pasero C, Editors. Pain: clinical manual. St. Louis: Mosby; 1999: 626-73.
11. Keck JF, Gerkenmeyer JE, Joyce BA, Schade JG. Reliability and validity of the faces and word descriptor scales to measure procedural pain. *J Pediatr Nurs* 1996; 11(6): 368-74.
۱۲. میر لاشاری ژ، رسولی م. پرستاری کودکان - کودک بیمار. چاپ اول، تهران، انتشارات اندیشه رفیع، ۱۳۸۶، ص ۳۵.
13. Bowden VR, Greenberg CS. Pediatric nursing procedures. Philadelphia: Lippincott 2003. P. 52.
14. Merkl SI, Martha HW, Voepel-Iwis T, Malviya S. FLACC behavioral pain assessment scale: a comparison with the child's self-report. *Pediatr Nurs* 2003; 29(3): 195-8.
15. Luffy R, Grove SK. Examination the validity, reliability, and preference of three pediatric pain measurement tools in African-American children. *Pediatr Nurs* 2003; 29 (1): 54-9.
16. Ely B. Pediatric nurses pain management practice: barriers to change. *Pediatr Nurs* 2001; 27(5): 473-80.
17. Jacob E, Puntillo KA. A survey of nursing practice in the assessment of pain in children. *Pediatr Nurs* 1999; 25(3): 278-86.
18. Krauss B, Green S. Sedation and analgesia for procedures in children. *NEJM* 2003; 42(13): 938-45.
19. Wong DL, Eaton MH. Wong's essentials of pediatric nursing. St. Louis: Mosby; 2001.P. 698.
20. Cohen LL. Comparative study of distraction versus topical anesthesia for pediatric pain management during immunizations. *Health Psycho* 1999; 18(6): 591.
21. Tanabe P. The effect of standard care: ibuprofen and distraction on pain relief and patient satisfaction in children with musculoskeletal trauma. *J Emerg Nurs* 2002; 28(2): 121-4.