

تجربیات پرستاران در اداره درد کودکان

محبوبه نم نباتی¹ - پروانه اباذری² - صدیقه طلاکوب³

چکیده

مقدمه: اداره درد یکی از حقوق مهم کودکان و یکی از اولویت‌های درمان است. تسکین درد از بروز عواقب ناگوار و عوارض جدی پیشگیری می‌کند و نوید بخش رشد و تکامل طبیعی نسل آینده است. پرستاران از جمله افراد کلیدی هستند که بیشترین ارتباط را با کودکان دردمند دارند و با بررسی و درمان درد کودکان می‌توانند از بروز مشکلات بعدی پیشگیری کنند. مطالعه تجربیات آنان نقش ارزنده‌ای را در چگونگی اداره درد ایفا می‌کند. هدف از این مطالعه بررسی تجارب پرستاران از درد کودکان است.

روش: پژوهش حاضر کیفی و روش آن پدیدشناسی است در این روش تجربیات 19 پرستار شاغل در بخش‌های مختلف داخلی-جراحی و عفونی کودکان یکی از بیمارستان‌های شهر اصفهان در ایران، با استفاده از روش مصاحبه جمع‌آوری گردید. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف انجام شد و با استفاده از روش کلایزی، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تجارب پرستاران در دو حیطه اصلی بررسی و به کارگیری اقدامات درمانی مورد پژوهش قرار گرفت. یافته‌های حاصل از تجارب پرستاران در 3 مفهوم محوری توانایی شناسایی، واکنش و باورها و هفت زیر مفهوم شامل آگاهی از واقعیت درد، اهمیت نقش مراقب، وابستگی به دارو، صبر داشتن، تعاملات بین فردی، باورها نسبت به دارو نما، نگرش منفی نسبت به حضور مادر حین پروسیجرها قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: تجارب پرستاران نشانگر توانایی و آگاهی آنان از ماهیت درد، عوامل مؤثر بر آن و درک نقش مادر می‌باشد. مطالعه تجربیات آنان سرمایه‌ای ارزنده‌ای در جهت اداره بهتر درد است. بنابراین ضرورت دارد که در برنامه‌ریزی‌های آموزش پرستاری به موضوع درد در کودکان توجه بیشتری مبذول گردد و دوره‌های آموزش اداره درد برای تربیت پرستاران مجرب و ورزیده در نظر گرفته شود. علاوه بر این، مشارکت و نقش پزشکان در اداره درد کودکان نیز مدنظر قرار گیرد و همچنین جهت اجرای استانداردهای اداره درد شرایط و تسهیلات مناسب مهیا گردد.

واژه‌های کلیدی: تجربه پرستاران، اداره درد، کودکان

تاریخ پذیرش: 1388/4/28

تاریخ دریافت: 1387/9/9

1 - عضو هیأت علمی گروه کودکان دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، دانشجوی دوره دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز (نویسنده مسؤل)

پست الکترونیکی: namnabat@nm.mui.ac.ir

2 - عضو هیأت علمی گروه داخلی و جراحی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، دانشجوی دوره دکتری پرستاری دانشگاه تربیت مدرس

3 - عضو هیأت علمی گروه کودکان دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان

مقدمه

کودکان با درد بیگانه نیستند از همان روزهای اول تولد جهت خون‌گیری و واکسیناسیون، و در طی دوران کودکی در اثر بیماری‌های شایع دوران کودکی و یا بروز حوادث، وقایع دردناکی را تجربه می‌کنند (1). مطالعات نشان داده است که بدن در مقابل وجود محرکاتی نظیر درد، پاسخ‌های هورمونی شیمیایی از خود نشان می‌دهد این پاسخ‌ها منجر به بروز عوارضی در دستگاه‌های مختلف بدن و افزایش مرگ و میر کودکان می‌شود. فیتز جرالذ ثابت کرد که آسیب به بافت محیطی و وجود دردهای مزمن به دستگاه عصبی صدمه وارد می‌کند و به طور قابل ملاحظه‌ای آستانه درد آن‌ها را کاهش می‌دهد. در مطالعه دیگری نشان داده شده است شیرخوارانی که در شش ماهه اول زندگی به طور مکرر بستری شده‌اند و تحت بمباران پروسیجرهای دردناک قرار گرفته‌اند و دردها به طور مطلوبی تسکین نیافته است، در سنین نوپایی دچار اختلالات جسمی، رفتاری و اجتماعی شده‌اند (2و3). بنابراین توجه به تسکین درد کودکان حایز اهمیت است زیرا عدم تسکین درد منجر به تغییرات مهمی در کیفیت زندگی شامل خوردن، عادات خواب، اعتماد به نفس، ترس، افسردگی و ناامیدی می‌شود و روند رشد و تکامل طبیعی کودک را مختل می‌کند (2و4). جهت اداره مطلوب درد کودکان، نیاز به بررسی و درمان است. در سال 2001 استانداردهایی جهت بررسی و اداره درد، توسط JCAHO مطرح شد. در این بیانیه اذعان گردید که درد باید به طور منظم بررسی و پاسخ به درمان آن، کنترل گردد و به جز در مواردی که درد لازمه یک درمان است، در بقیه موارد باید درد برطرف و یا به حداقل ممکن برسد زیرا اگر درد در حد مطلوب درمان نگردد، کودک زیان‌های بی‌دلیلی را متحمل خواهد شد (5). اداره درد شامل به کارگیری کلیه شیوه‌هایی است که جهت پیشگیری، کاهش و یا تخفیف درد انجام می‌شود (6). اداره مطلوب درد کودکان با معاینه و بررسی درد شروع می‌شود و بعد از تشخیص نوع درد و عوامل مؤثر آن، طرح درمان برنامه‌ریزی می‌شود و متناسب با شرایط کودک، مداخلات دارویی و غیردارویی اتخاذ می‌گردد و سپس اثر بخشی روش‌ها ارزیابی می‌گردد (2). درمان‌های دارویی قسمت

مهمی از درمان هستند که در موقعیت‌های حاد و مزمن به کار می‌روند (1).

تحقیقات نشان می‌دهد که درد کودکان و شیرخواران هنوز به خوبی اداره نمی‌شود. در یک بررسی نشان داده شده است که علی‌رغم وجود ابزارهای بررسی درد در بخش کودکان تنها یک سوم از پرستاران از این ابزارها برای بررسی و اداره درد استفاده کرده‌اند (7و8). به نظر می‌رسد وجود سوءتعبیرها در مورد درد، مانع از اداره مطلوب آن شده است. اعتقاد بر این است که شیرخواران و کودکان به داروهای مخدر بیشتر از بالغین حساس هستند و دچار عوارضی نظیر تضعیف دستگاه تنفس و اعتیاد می‌شوند (9). ترس از اعتیاد به مخدرها، منجر می‌شود که دستورات بر حسب نیاز¹ به خوبی اجرا نگردد. مطالعه‌ای در برخی از مراکز سوختگی نشان می‌دهد که کمتر از 50٪ از مسکن‌های تجویز شده، برای بیماران استفاده شده بود (7و10).

پژوهشگر نیز طی سال‌ها تجربه در بخش‌های کودکان، شاهد درد کودکان و نحوه اداره آن بوده است و واقف بر آن است که درد کودکان به طور مطلوب اداره نمی‌شود و منجر به عواقبی نظیر عدم همکاری از جانب کودک و یا والدین، عدم موفقیت‌آمیز اجرای پروسیجرها، ترس و وحشت تشدید یافته و یا بروز عوارض متعاقب اعمال جراحی و غیره می‌گردد.

اهمیت آمارها و بیانات فوق وقتی بیشتر مشخص می‌گردد که واقف باشیم تیم درمان در قبال بررسی و رفع نیازهای کودکان بستری مسؤلیت خطیری به عهده دارند و در بین اعضای تیم درمان، پرستاران به دلیل داشتن ارتباط بیشتر و گذرانیدن زمان طولانی‌تر با کودکان، مسؤلیت حیاتی جهت تأمین نیازهای کودکان را بر عهده دارند. پرستاران باید به طور مداوم بیماران‌شان را بررسی نموده تا قادر به تصمیم‌گیری در مورد اداره درد آنان باشند. تصمیم‌گیری جهت این امر نیاز به تبحر و تجربه کافی دارد (11). این تجربه از طریق حضور در واحدهای بالینی و مراقبت از بیماران حاصل می‌گردد. تجارب پرستاران در زمینه بررسی و درمان درد می‌تواند بیانگر اطلاعات و

اشباع داده‌ها عدم دستیابی به اطلاعات بیشتر و غیر تکراری در مصاحبه‌های بعدی بود شرط مشارکت این پرستاران در مطالعه، داشتن حداقل یک سال سابقه کار بالینی در بخش‌های کودکان و تمایل به بیان تجربیاتشان بود، منبع اصلی اطلاعات مصاحبه عمیق بود که پژوهشگر بدون جهت دادن به بحث به شرکت‌کنندگان کمک نمود تا تجارب خود را بیان نمایند. محیط پژوهش شامل بخش‌های داخلی، جراحی و عفونی کودکان یک بیمارستان آموزشی در شهر اصفهان بوده است. با توجه به تمرکز بخش‌های کودکان و پرستارانی که به طور مداوم با کودکان دردمند سروکار داشتند، شرایط مناسبی را برای پژوهش داشت. در این پژوهش، مصاحبه‌کننده به محیط پژوهش مراجعه نموده و پرستارانی را که از کودکان مراقبت می‌کردند را جهت انجام پژوهش دعوت نمود. هدف از انجام پژوهش برای آن‌ها توضیح داده شد و در هنگام وقت آزاد آنان مصاحبه در محیطی آرام با آنان انجام گردید. زمان مصاحبه‌ها 25 الی 50 دقیقه بود که پس از ضبط مطالب بر روی کاغذ نوشته شد. مطالب بر روی صفحه A4 ثبت شد. جمع‌آوری اطلاعات به مدت شش ماه در طی سال 1385 انجام شد. قابلیت اعتماد: نظر به این که روایی داده‌ها در تحقیقات کیفی بستگی به وسعت یافته‌هایی دارد که بیانگر واقعیت باشد و قابلیت اعتماد و صحت داده‌ها بستگی به این دارد که محقق چقدر تجربیات مشارکت‌کنندگان را از دانش نظری آن‌ها درباره موضوع جدا کند. یکنواختی در روش کار و کنارگذاری عقاید قبلی ما را از خالص بودن توصیف داده‌ها مطمئن می‌سازد (12). در این تحقیق استحکام و دقت مطالعه با استفاده از معیارهای چهارگانه بررسی شد. جهت قابلیت اعتبار¹ اظهارات شرکت‌کنندگان پس از تجزیه و تحلیل هر مصاحبه، پژوهشگر مجدداً به آنان مراجعه نمود و صحت مطالب با نظر آنان بررسی شد و در برخی موارد اصلاحات انجام شد. منظور از قابلیت اطمینان² آن است که وقایع ثبت شده همان باشد که واقعاً رخ داده باشد. بدین منظور یافته‌های مطالعه از جمله کدها، و مفاهیم با صاحب‌نظران، همکاران طرح تحقیقاتی و همچنین کارشناسان کمیته پژوهشی دانشکده پرستاری اصفهان مورد مشورت و

نظرات آن‌ها نسبت به اهمیت ارزیابی و تسکین درد و موانع احتمالی اداره مناسب درد از دیدگاه آن‌ها باشد. اگر چه بیش از سه دهه است که بر روی اداره درد کودکان مطالعاتی صورت گرفته است ولی مروری منتقدانه بر مطالعات نشان می‌دهد که درد به نحو مطلوبی کنترل نمی‌گردد. به نظر می‌رسد با توجه به ماهیت کیفی درد، بررسی و اندازه‌گیری‌های کمی قادر به پاسخگویی در حیطه‌های مختلف بررسی و درمان درد نمی‌باشد و ضرورت ایجاد می‌کند که مطالعات بیشتری به صورت کیفی بر روی این پدیده و جوانب مختلف آن صورت گیرد. بنابراین کنکاش در تجارب پرستاران از اولین و مهم‌ترین گام‌ها در راستای بررسی درک آنان از پدیده درد کودکان و چگونگی رویارویی با آن است. از طرفی با توجه به این که تجارب وابسته به فرد و اختصاصی بوده، شناخت آن‌ها از طریق مطالعات کمی امکان‌پذیر نیست. علاوه بر این بررسی درک و بیان تجارب آنان با انجام مطالعه کیفی به گستره دانش پرستاری کمک می‌کند. بنابراین با توجه به این که پرستاران بخش‌های کودکان، به طور مداوم با درد کودکان و اداره آن مواجه هستند و بازگو کردن تجارب آنان نقش ارزنده‌ای می‌تواند در بیان حقایق و چگونگی اداره درد داشته باشد پژوهشگر بر آن شد که مطالعه‌ای کیفی با هدف تعیین تجربیات پرستاران در بررسی و به کارگیری اقدامات درمانی در اداره درد کودکان انجام دهد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی است و با استفاده از روش پدیده‌شناسی انجام شد. پدیده‌شناسی به بررسی تجربیات انسان‌ها می‌پردازد. سؤال این تحقیقات این است که جوهره پدیده‌هایی که توسط مردم تجربه شده است چیست؟ پرستاران در موقعیتی قرار دارند که نه تنها بیماران را به عنوان یک فرد در مراکز درمانی تحت مراقبت قرار می‌دهند بلکه اثرات بیماری و تأثیر مراقبت‌ها را نیز مشاهده می‌کنند. بنابراین استفاده از این روش، برای بررسی تجربیات پرستاران در مورد اداره درد کودکان قابل توجیه است و کاربرد این روش به توسعه علم پرستاری کمک می‌کند (12). روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود که در طی آن 19 پرستار جهت رسیدن به حد اشباع اطلاعات، مورد مصاحبه قرار گرفتند. معیار رسیدن به

1 - Credibility

2 - Dependability

اعتقاد به دارونما جهت تشخیص درد و ... به عنوان «باورها در تسکین درد» ذکر گردید.

مراحل 5 و 6 و 7 مربوط به تفسیر تجارب شرکت کنندگان و تأیید آنها توسط مشارکت کنندگان است. که در قسمت بحث به طور مبسوط توضیح داده شده است. از جهت ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر بعد از تأیید توسط معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی و دفتر پرستاری بیمارستان و کمیته مربوطه با تمایل پرستاران انجام گردید.

یافته‌ها

از 19 پرستار شرکت کننده فقط یک نفر از آنها مذکر بود. دامنه سنی آنها بین 26-39 سال قرار داشت. سابقه کاری بین 2 لغایت 14 سال بود مشارکت کنندگان در بخش‌های مختلف جراحی نوزادان، کودکان، جراحی اعصاب و جراحی بزرگسالان کار کرده بودند. مقطع تحصیلی همه مشارکت کنندگان کارشناسی پرستاری بود. 12 نفر از واحدهای مورد پژوهش مجرد و بقیه متأهل بودند. نوبت کاری آنها به جز 2 نفر بقیه به صورت گردش صبح، عصر و شب بود. یافته‌های حاصله در 120 کد، هفت زیر مفهوم و سه مفهوم محوری توانایی شناسایی درد، واکنش به درد و باورها در تسکین درد دسته‌بندی گردید.

1- توانایی شناسایی درد

تجارب پرستاران در اداره درد کودکان نشان داد آنان قادر به شناسایی درد در حیطه‌های مختلف هستند علاوه بر این اهمیت نقش مراقب را نیز به خوبی شناخته بودند. زیر مفهوم‌های این قسمت عبارتند از:

الف) آگاهی از واقعیت درد: پرستاران علت بروز درد را با توجه به نوع بیماری و بخشی که در آن کار می‌کنند متفاوت می‌دانند از نظر مشارکت کنندگان علت بروز درد می‌تواند مربوط به خود بیماری یا درمان‌های ناشی از آن و یا پروسیجرها باشد. تجربیات برخی از شرکت کنندگان با توجه به بخشی که در آن کار می‌کردند در مورد علت بروز درد به شرح زیر است:

شرکت کننده شماره (9) از بخش عفونی قید می‌کند

که:

راهنمایی قرار گرفت. قابلیت انتقال¹ یافته‌ها از آنجایی ناشی شد که پژوهشگر دریافت یافته‌های پژوهش با تجارب و عملکرد پرستاران بخش‌های کودکان بیمارستان‌های دیگر در اصفهان و دو شهر دیگر هم‌خوانی دارد و همچنین با مقایسه در قسمت بحث نیز انتقال‌پذیری آن مورد تأکید قرار گرفت. مطابقت یا عینیت داشتن² با کنارگذاری عقاید پیشین و پیش داورها صورت گرفت. علاوه بر این صحت یافته‌ها مورد تأیید شرکت کنندگان نیز قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش: برای تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش در مطالعات پدیدارشناسی روش‌های متنوعی از جمله روش تجزیه و تحلیل کلایزی، جیورجی، پارسی و ... وجود دارد محقق با توجه به فلسفه زیر بنایی مطالعه (رویکرد هوسرلی یا هایدگری) و با توجه به سادگی مراحل تجزیه و تحلیل یکی از روش‌های موجود را بر می‌گزیند در مطالعه حاضر با توجه انجام مطالعه با زیر بنای فلسفی هوسرلی پژوهشگر روش هفت مرحله‌ای کلایزی را برای تجزیه و تحلیل داده‌ها برگزید (12). با توجه به این که هدف مطالعه حاضر توصیف تجارب پرستاران بود روش کلایزی قادر بود به روشنی و وضوح مرحله به مرحله پژوهشگر را در رسیدن به جوهره تجارب هدایت کند مراحل تجزیه و تحلیل کلایزی به شرح زیر است:

- 1- خواندن کلیه توصیف‌ها، عبارات پرستاران در طی چند نوبت جهت درک کلی و هم احساس شدن با آن.
- 2- استخراج موضوعات مرتبط با پدیده مورد نظر از متن مصاحبه‌ها.
- 3- مفهوم بخشی به هر یک از موضوعات استخراج شده.

به طور مثال شرکت کننده‌ای بیان نموده بود که: «اول مادر هست، بعد پرستار، چون که بالای سر فرزندش هست...». کد استخراج شده تحت عنوان «مادران به عنوان اولین بررسی کنندگان» مطرح گردید.

4- دسته‌بندی مفاهیم فرموله شده به موضوع‌های کلی. به طور مثال مفاهیمی نظیر ترس از عوارض داروهای مخدر، عدم احساس نیاز به ثبت روتین درد،

1 - Transferability

2 - Confirmability

عکس‌العمل پرستاران در راستای اداره درد کودکان برای آن‌ها تجاربی را به همراه دارد. صبر داشتن و تعاملات بین فردی زیر مفهوم‌های این قسمت هستند.

الف- صبور بودن: صبر و تحمل منجر به طی شدن دوره بیماری و اثربخشی درمان‌ها می‌شود و درد بیماران تسکین می‌یابد.

«برای مننژیت‌ها کار خاصی نمی‌توان انجام داد باید دوره آنتی بیوتیک‌شان طی شود تا درد ساکت شود.» شرکت‌کننده (11)

«در شیفت شب از حدود ساعت 12 به بعد بچه‌های شیمی درمانی ممکن است درد عضلانی داشته باشند اگر پزشک نسخه کرده باشد⁶ که با مرفین ساکت می‌کنیم یا با یک استامینوفن ساده، اگر هم پزشک نسخه نکرده باشد باید تحمل کنند مثل مریض‌های کبدی که نمی‌توانیم به آن‌ها مسکن بدهیم اینها مجبورند که درد را تحمل کنند.» شرکت‌کننده (19)

ب- تعاملات بین فردی

1. تعامل با مادر: با در نظر گرفتن این که مادران، نزدیک‌ترین افراد به کودک هستند می‌توان به اهمیت نقش کلیدی آنان پی‌برد بنابراین می‌توان مشارکت آنان را در انجام مراقبت‌ها به نحو صحیح خواستار شد و از حمایت‌شان در جهت ارتقای و مراقبت‌های روحی و روانی بهره جست.

«ما خودمان در تماس مستقیم نیستیم ولی توصیه می‌کنیم که اگر بچه‌اش بی‌قراری کرد به ما گزارش دهد مثلاً مادرش میاد و می‌گوید بچه‌ام بی‌قرار است وقتی که بالای سرش می‌رویم و می‌بینیم که به خودش می‌پیچد و خودش را جمع می‌کند یا بعضی از آن‌ها از شدت درد تعریق دارند وقتی این حالات را می‌بینیم، می‌فهمیم که بچه درد دارد و احتیاج به مسکن دارد.» شرکت‌کننده (4)

«برای من همین فتقی‌ها جالب بودند، یعنی طرز قرار گرفتن و پوزیشن خیلی مؤثر بود هم قبل از عمل هم بعد از عمل، اگر مادر بتواند بچه را درست بغل کند مشکل کمتر است. موردی که هست، یکی می‌ترسند بچه را بغل کنند و دیگر طرز بغل کردن بچه‌ها را به درستی نمی‌دانند یعنی رها بچه را می‌گیرند، یعنی به خودشان نمی‌چسبانند به علت این که دستشان سرم دارد ولی وقتی بچه را خوب

«اگر مننژیتی‌ها باشند اکثراً سردرد دارند، شیگلاها دل پیچه دارند البته خود بچه‌ها چون نمی‌فهمند می‌گویند دل درد دارند مریض‌هایی که آب نخاع¹ آن‌ها کشیده شده کم‌درد دارند. آرتزیت‌ها درد مفاصل دارند مریضی داشتیم که به دنبال کاو از اکی انفارکتوس میوکارد کرده بود درد قفسه سینه² داشت. اکثر اندوکاریت‌ها - میوکاردیت‌ها³ دل درد دارند که فکر می‌کنم همان درد قفسه سینه است که بچه‌ها زجر می‌کشند ... اشاره به قسمت اپی گاستر⁴ می‌کنند، اکثراً از همان درد قلب است ولی بچه‌ها می‌گویند دل‌مان درد می‌کند مثلاً یک مورد داشتیم که با یک تب آمد بعد مشکل قلبش مشخص شد، یک شب از اول شیفت تا 4 صبح می‌گفت، دلم درد می‌کند در صورتی که درد قفسه سینه داشت و بعد از ساعت 4 صبح فوت کرد⁵» شرکت‌کننده (16) از بخش داخلی ذکر می‌کند که: «بیشتر مشکلات درد در بیماران خونی است و در بیماران کلیوی خیلی کم، من خیلی ندیده‌ام که از درد شاکی باشند و یا نسبت به خونی‌ها بیشتر بی‌قرار باشند. بیماران خونی بیشتر دل درد دارند، پاهایشان درد می‌کند، استخوان درد دارند.»

ب) درک اهمیت نقش مراقب: معمولاً در بخش‌های کودکان مادران به عنوان مراقب نقش مهمی در بررسی درد کودکان اعمال می‌کنند. به طوری که به عنوان اولین بررسی‌کننده درد در بخش‌های کودکان قلمداد می‌گردند همان‌طور که شرکت‌کنندگان در پژوهش ذکر می‌کنند:

«اول مادر هست بعد پرستار، چون که بالای سر فرزندش هست، چون این جا 26 مریض داریم و سه پرستار و هر پرستار نمی‌تواند به صورت هم‌زمان بالای سر همه مریض‌ها باشد ... مادرها سریع می‌آیند و می‌گویند که بچه‌مان دچار درد شده بیاید ببیند برای او چه کار باید انجام بدهید.» شرکت‌کننده (15)

2 - واکنش به درد کودک

- 1 - LP(lumbar Puncture)
- 2 - Chest Pain
- 3 - Endocarditis&Miocarditis
- 4 - Epigaster
- 5 - DC

6 - Order

«ما هر کاری را در این جا، به اینترنت اطلاع می‌دهیم اینترنت یا می‌آید ویزیت می‌کند یا نسخه می‌نویسد و یا می‌گوید باید تحمل کند بعضی از دردها مثل آرتروز را می‌گویند باید تحمل کند ... مریضی داشتیم که فوت کرد³ اینترنت و رزیدنت بالای سرش بودند و هیچ کاری نمی‌توانستند برایش بکنند چون بچه 8 یا 7 ساله بود آن قدر درد کشید تا ارست⁴ کرد ... نتیجه بیماریش بود همه بالای سرش بودیم ولی کار خاصی که نتیجه‌اش فوت کردن مریض نباشد نمی‌شد برایش انجام داد ... اینترنت و رزیدنت مرتب چکش می‌کردند ولی درد داشت و با درد مرد می‌گفت که دلم درد می‌کند و احتمالاً درد قفسه سینه داشت.» شرکت کننده (11)

«معمولاً پتیدین را به 6-7 سال به بالا می‌دهند مگر آن که استثنا باشد بیشتر فنوبارب استفاده می‌شود.» شرکت کننده (1)

3- باورها در تسکین درد

بسیاری از عملکردهای کارکنان گروه بهداشتی تحت‌الشعاع اعتقادات و باورهای آنان قرار می‌گیرد مقوله اداره درد نیز تحت تأثیر دیدگاه و نگرش پرستاران است. چند نمونه از اعتقادات آن‌ها در زیر درج گردیده است:

الف - وابستگی به دارو

توصیفات پرستاران از وابسته شدن به داروهای مخدر و ترس از عوارض جانبی آن‌ها به شرح زیر است:

«خیلی از آن‌ها وابسته شده‌اند مخصوصاً بچه‌های بزرگ که می‌گویند دستم درد می‌کند پایم درد می‌کند. یک مسکن برایم بیاورید.» شرکت کننده (13)

«پتیدین در صورت نیاز نسخه شده و سعی می‌شود کمی تحمل درد بچه را بالا ببریم به راحتی همکارها، پتیدین به بچه‌ها نمی‌زنند، چون اگر زیاد به آن‌ها بزنیم از تخت پایین نمی‌آیند آلتکتازی⁵ پیدا می‌کند بی‌حس و کرخت می‌شوند حاضر به همکاری خیلی نیستند، بنابراین دارو را به تعویق می‌اندازند تا از تخت پایین بیاید، با خروج از روی تخت بچه حالش خیلی بهتر می‌شود ... اگر بنویسند که هر شش ساعت یک دوم شیاف، همکارها می‌روند و می‌بینند که بچه ساکت است یا خوابیده، شیاف را نمی‌دهند.» شرکت کننده (2)

و محکم بگیرند، بچه کمتر بی‌قراری می‌کند ... در واقع طرز بغل کردن مادرشان خیلی روی درد آن‌ها اثر دارد (قبل از عمل)، مثلاً اگر روی ناحیه فشار بیاورند، یا حمایت گرانه در بغل بگیرند خیلی مؤثر است. مثلاً من خودم، بچه چهل روزه‌ای بود که مادرش نمی‌دانست چه کار باید بکند، دستم را بین دو پایش گذاشتم و شکمش روی آرنجم بود این دردش را کم کرد و برای قبل از عمل به مادر آموزش دادم.» شرکت کننده (3)

2. تعامل با کودک: برقراری ارتباط مناسب با کودک و توجه به خصوصیات فردی وی نقش به‌سزایی در اجرای تدابیر اداره درد دارد. تعامل پرستار با کودک می‌تواند به نحوی باشد که در حین برقراری ارتباط مناسب، حامی وی در مراحل بستری باشد. برخی از مثال‌ها در زیر آورده شده است.

«موقع انجام پروسیجر با ناز کردن و محبت کردن حمایتشان می‌کنیم. البته بستگی به حالت روحی بچه هم دارد. به یک بچه 3-4 ساله می‌گوییم. «بین الان رگت را می‌گیرم». تو گریه نکن آرام می‌شود ولی بچه‌ای هم هست که به او توجه زیادی شده، می‌خواهد بی‌قراری کند، دست و پایش را تکان می‌دهد، می‌کشد، شاید دردش در آن حد نباشد که بچه این‌گونه برخوردها را می‌کند، بستگی به رفتار و ذات بچه دارد.» شرکت کننده (8)

3. تعامل با پزشک: تعامل با پزشکان یکی دیگر از اعمالی است که پرستاران در اداره درد کودکان با آن مواجه هستند. به طور کلی زیر مفهوم‌هایی که به این قسمت تعلق گرفتند عبارتند از: پیروی از دستورات پزشک و ندادن دارو در صورت عدم تجویز، داشتن نقش واسطه‌ای در بررسی درد، نقش تعیین‌کننده در اجرای دستورات دارویی و وجود تناقضاتی در اجرای دستورات در صورت نیاز¹. برخی از توصیفات پرستاران عبارتند از:

«مخدرهایی مثل مرفین و پتیدین را در صورت نیاز نسخه² می‌کنند ولی، حتی اگر در صورت نیاز هم نسخه کرده باشند نمی‌زنیم مجدداً باید بیایند و ویزیت کنند بعد اگر نیاز بود بر اساس وزنش می‌نویسد.» شرکت کننده (13)

3 - DC
4 - Arrest
5 - Atelectasia

1 - PRN
2 - Order

ب- باورها نسبت به دارونما

استفاده از دارونماها در بین افراد تیم درمان متداول است. گاهی از آن به عنوان مسکن و گاهی جهت تأیید یا رد وجود درد استفاده می‌شود. بیانات واحدهای پژوهش عبارت است از:

«بعضی وقت‌ها همکارها، شربت مولتی ویتامین به بیمار می‌دهند و می‌گویند مسکن است بخور.»
شرکت‌کننده (1)

«... مثلاً به پزشک گفته‌ایم که این مریض مرتب می‌گوید دلم درد می‌کند و اگر بعد از بررسی مورد خاص نبود، پزشک تجویز می‌کند 0/5CC آب مقطر بنزید بعد دیدیم که آرام شده، چون فکر کرده که دارو به او زده‌ایم.»
«... نرمال سالین برای بچه‌های 3 تا 4 ساله به بالا مؤثر است به آن‌ها تلقین می‌گردد ولی بچه‌ها کوچک‌تر که نمی‌فهمند، خیر.» شرکت‌کننده (19)

ج - نگرش منفی نسبت به حضور مادر حین پروسیجر حضور مادر در حین انجام پروسیجرها بحث برانگیز است بسیاری از اعضای تیم بهداشتی معتقدند که حضور مادر منجر به ایجاد اختلال در انجام پروسیجر شده و آنان را به بیرون ماندن و انتظار کشیدن تا اتمام پروسیجر تشویق می‌کنند. برخی از این نظرات به شرح زیر است:
«... مادرها نباشند بهتر است چون مادرها نمی‌گذرانند، بیشتر مادرها مزاحمت ایجاد می‌کنند.»
شرکت‌کننده (10)

«اکثر مادرها تحمل دیدن را ندارند. چون اکثر مواقع برای رگ‌گیری یا خون‌گیری چند بار باید انجام دهیم تا رگ خوبی بگیریم، مادر بی‌تابی می‌کند که بچه‌ام را سوراخ سوراخ کردید ناآرامی مادر به بچه منتقل می‌شود برای بچه‌های کوچک‌تر که اثری ندارد چون به خاطر دردشان خواه ناخواه گریه می‌کنند.» شرکت‌کننده (13)

«مادرها خودشان بیشتر استرس دارند بچه‌شان به محض این که گریه می‌کند به ما اطلاع می‌دهند که بیا ببین که این بچه چه مشکلی دارد مادرها آژیته هستند بعضی اوقات مادرها را ما باید آرام کنیم.» شرکت‌کننده (11)

بحث

با توجه به یافته‌ها تجارب پرستاران نشان داد که آنان در شناسایی وجود انواع درد با توجه به بخشی که در

آن کار می‌کنند توانمند هستند. همچنین در طی بررسی و درمان درد کودکان اهمیت نقش مادر را درک نموده‌اند و در طی تعاملاتی که با مراقب، مراقبت شونده و درمان‌کننده دارند تجاربی را کسب نموده‌اند که همراه با باورهایشان عجین شده و در اداره درد کودکان بی‌تأثیر نمی‌باشد. توصیف پرستاران در شناسایی وجود درد ناشی از آگاهی و تجربه برخورد مکرر آن‌ها با موارد متعدد از بیماران با علایم مشابه بوده است. به نظر می‌رسد سابقه کار بالای پرستاران در بخش‌های کودکان (2-14 سال) و حضور مداوم آن‌ها با کودکان و اهمیت دادن به آن‌ها، همچنین الزامی بودن حضور همراهی دلسوز نظیر مادر آنان را در بررسی درد توانمند و دقیق ساخته به نحوی که قادرند انواع دردهای بیماران را با توجه به نوع بیماری تشخیص و گزارش نمایند. البته مطالعات کمی در دو شهر دیگر ایران یعنی شهرکرد و تبریز به ترتیب آگاهی متوسط و ضعیفی را برای اکثریت پرستاران در اداره درد کودکان گزارش کردند (13 و 14). مروری بر مطالعات انجام شده کیفی و کمی در سوئد، ایتالیا، تاسمانی مؤید نبود آگاهی کافی در اداره درد و به خصوص عدم استفاده از ابزارهای درد است. در این باره گیملر و همکارانش (2008) در طی مصاحبه‌ها با پرستاران به فقدان آگاهی کافی پرستاران در مورد درد به خصوص وقتی که منشأ فیزیکی آن ناشناخته بود اشاره کردند. علاوه بر آن قید نمودند که علی‌رغم آن که حضور والدین به عنوان یک سرمایه در بررسی درد کودکان به ویژه در کودکان معلول است ولی موقعیت‌هایی بوده است که آنان همکاری نکرده‌اند و درد کودک را گزارش نکرده‌اند به دلیل آنکه فکر می‌کنند که کودک نیازی به دارو ندارد (11، 15 و 16). بنابراین انجام این مطالعه کیفی قادر بود به طور عمیق‌تری به توانمندی پرستاران در بررسی و شناخت درد در کودکان بپردازد. گلاسیپر (2006) معتقد است آگاهی از واقعیت درد هنگامی صورت می‌گیرد که فرد بتواند درد را بررسی نماید. در این بررسی بایستی وی با علت ایجاد درد، عوامل تشدیدکننده آن، علایم و نشانه‌های درد در کودکان آشنا باشد. اداره درد منوط به اجرای فرآیند پرستاری در مرحله بررسی، برنامه‌ریزی، مداخلات و ارزیابی است (17). موقعی که کودکان رفتارهای ناشی از درد را نشان می‌دهند، بایستی دلایل ناراحتی آنان بررسی گردد پاتولوژی بیماری، شدت و نوع درد را مشخص می‌کند.

درد معمولاً با اضطراب، ترس و استرس همراه است به کارگیری برخی از روش‌های غیر دارویی نظیر انحراف توجه، آرام‌سازی، تصورات هدایت شده، نوازش کردن منجر به تقویت راه‌کارهای مقابله‌ای شده که در درک درد و تحمل بیشتر آن و کاهش اضطراب، افزایش کارایی ضددردها و کاهش میزان آن‌ها مؤثر است. علاوه بر این، روش‌های مذکور منجر به راحتی، بهبودی وضعیت خواب و استراحت کودک می‌شود. به کارگیری این شیوه‌ها مقرون به صرفه بود و هزینه زیادی را در بر نمی‌گیرد و علاوه بر این تهاجمی نبوده و فقط به عملکرد پرستار بستگی دارد. بنابراین پرستاران می‌توانند با در نظر گرفتن سن کودک، جنس، حالات روحی وی و شدت درد، یک یا چند روش غیردارویی را جهت تسکین، آرام کردن کودک به کار گیرند (3).

تعامل با پزشکان یکی دیگر از اعمالی است که پرستاران در اداره درد کودکان با آن مواجه هستند. پرستاران هنگامی قادر به دادن داروهای ضد درد هستند که دستور تجویز آن در پرونده قید شده باشد در این راستا داروهای ضد درد مخدر فقط برای کودکان بزرگ و در شرایط خاص مثل مراحل آخر سرطان و آن هم در صورت نیاز¹ تجویز می‌کنند. مطالعات نیز نشان می‌دهد که مشکل عمده بعد از عمل این است که پزشکان تمایل دارند این داروها را کمتر نسخه کنند و پرستاران نیز مایلند که این داروها را کمتر تجویز کنند (21). طبق استاندارد جهانی، برنامه دارویی باید به صورت 24 ساعته با فواصل منظم تجویز گردد (22).

پزشکان نقش مهمی در اداره درد کودکان به عهده دارند زیرا تجویز داروها در حیطه عمل آنان است. آگاهی آنان از چگونگی بروز درد در کودکان، عواقب درد تسکین نیافته، عوارض جانبی داروها و پروسه‌هایی نظیر انجام پروسه‌های دردناک نظیر بیوپسی مغز استخوان²، پانسمان و غیره آنان را بر آن می‌دارد که قادر به اداره مناسب درد در کودکان باشد تحقیقات نشان می‌دهند که فقدان آگاهی و نگرش منفی نسبت به استفاده از داروها منجر به اداره نامطلوب درد در کودکان شده است. مطالعه‌ای بر روی پزشکان و پرستاران ایتالیایی نشان داد که آگاهی پزشکان منوط به آموزش‌های آن‌ها در دوران

پرستاران باید در مورد اصول پاتولوژی درد سرطان و عوارض ناشی از درمان‌های آن آگاهی داشته باشند (3).

تجارب پرستاران گویای آن است که واکنش با درد کودکان مستلزم تعامل با مادر، کودک و پزشک است. پرستاران نقش مادران را در اداره درد کودکان حایز اهمیت دانسته و معتقد بودند آنان اولین بررسی‌کنندگان درد در بخش‌های کودکان هستند. وانگ (2003) اظهار می‌کند که والدین منبع اولیه اطلاعات در مورد درد بوده و در بررسی درد کودکان نقش اساسی دارند آن‌ها به تغییرات رفتاری در کودک حساس بوده و مایلند که جهت تسکین درد، کودکان اقدام کنند. تحقیقات نیز نشان داده است که والدین ممکن است قادر به شناسایی وجود درد در کودک باشند ولی شدت آن را نمی‌توانند مشخص نمایند. پرستاران می‌توانند برای مؤثرتر بودن بررسی درد در کودک، با والدین گفتگو نمایند و از آنان در مورد درد وی و حتی علائم خاصی را که ناشی از شدت درد است را مورد مطالعه قرار دهند (3). مشارکت والدین هم برای کودک و هم برای خانواده مفید است چنانچه به والدین اطلاعات مناسب داده شود و از آنان جهت بررسی درد کودکان کمک گرفت می‌تواند نقش کلیدی در اداره درد کودکان داشته باشند (18). سیمونس (2001) بیان می‌کند که بیش از 40 سال است که تغییرات اساسی در مراقبت از کودکان در بیمارستان‌ها به وجود آمده، به نحوی که والدین به طور مؤثر و بیشتری می‌توانند در امر مراقبت مشارکت کنند. علاوه بر این، تسهیلاتی جهت مهیا نمودن این مشارکت نیز فراهم شده است موفقیت در مشارکت والدین منوط به نگرش، علاقه‌مندی و همکاری والدین و تیم بهداشتی است. برخی از مطالعات نشان داده‌اند که مشکلاتی ممکن است در زمینه مراقبت فراهم گردد که علت آن عدم آگاهی در ارائه بهتر مراقبت‌ها بوده است (19). والدین، بعد از انجام برخی پروسه‌ها، نقش مهمی در تسکین درد کودک دارند. آنان می‌توانند با اقدامات غیردارویی نظیر ایجاد وضعیت صحیح برای کودک، بغل کردن، لمس، ماساژ دادن، کمپرس سرد و گرم، به کارگیری روش‌های آرام‌سازی و انحراف توجه، درد کودک را به طور مؤثری تخفیف دهند. پرستار می‌تواند والدین را با توضیحات ساده و تأکید بر اهمیت آن تشویق کند (20). برقراری ارتباط مناسب با کودک و توجه به خصوصیات فردی وی نقش به‌سزایی در اجرای تدابیر اداره درد دارد. تعامل پرستار با کودک می‌تواند به نحوی باشد که در حین برقراری ارتباط مناسب، حامی وی در مراحل بستری باشد.

1 - PRN

2 - BM(Bone Marrow)

بررسی‌ها نشان داده شده است که هر چه اضطراب مادر در حین پروسیجرها بیشتر باشد اضطراب و رفتارهای هیجانی کودک نیز بیشتر است. علاوه بر این، همین مطالعات نشان داده‌اند که حضور والدین با انجام روش‌هایی مثل آواز خواندن، انحراف توجه باعث همکاری بیشتر کودک در پروسیجر شده است. با در نظر گرفتن این که کودکانی که در بخش‌ها بستری می‌باشند و یا به درمانگاه‌ها مراجعه می‌کنند در حین پروسیجرها درد را تجربه می‌کنند و نیازمند یک منبع حمایتی هستند (25) آکادمی آمریکایی کودکان نیز بر حضور والدین در حین پروسیجرهای دردناک تأکید و به‌عنوان یک ضرورت در خط‌مشی‌های خود قید کرده است (26) بنابراین پرستاران لازم است والدین را تشویق نمایند تا در کنار کودک باشند و قبل از حضور مادر، لازم است آموزش‌هایی در زمینه پروسیجر، چگونگی کمک کردن به کودک و استفاده از نوع مداخلات غیر دارویی به آن‌ها آموزش‌هایی داده شود (25). در غیر این صورت انجام پروسیجرها را اقدامی ترسناک و دردناک برای کودک خود در نظر می‌گیرند و این امر منجر به احساس ناامنی، عدم اطمینان و عدم تمایل به همکاری را در آن‌ها برمی‌انگیزد. علاوه بر این به دلایلی نظیر کمبود نسبت تعداد پرستار و بیمار حضور مادران نبایستی نادیده انگاشته شود. اللهیاری و الحانی (1385) در مطالعه‌شان در بررسی دیدگاه پرستاران نسبت به موانع کنترل درد ناشی از تزریقات، بعد پرسنلی-مدیریتی نظیر کمبود پرستار و وقت را به عنوان مهم‌ترین و اولین رده مشکلات قلمداد کرد (27).

نتیجه‌گیری

به طور کلی می‌توان گفت که تجربه پرستاران در بررسی و به‌کارگیری اقدامات درمانی درد کودکان در بخش‌ها قابل توجه و ارزنده است. توصیفات آن‌ها نشان داد که آن‌ها در شناسایی وجود درد توانمند هستند و این توانایی به طور مستقیم از دروس تئوری نشأت نگرفته است بلکه این بینش با بهره‌گیری از سه حیطه دانش نظری، عواطف و احساسات و عملکرد بالینی حاصل شده است. درمان درد منوط به تعامل با افراد تیم بهداشتی به ویژه پزشکان است زیرا تجویز داروها منوط به دستور آن‌هاست. بنابراین با توجه به یافته‌ها نیاز به استفاده از یک

تحصیل بوده و در برنامه‌های آموزشی آنان، درد به عنوان یک موضوع فراموش شده، در نظر گرفته شده است به طوری که از 220000 صفحه منبع اصلی دروس پزشکان فقط 54 صفحه از آن به درد اختصاص داده شده بود (23). در برنامه‌های درسی ایران در دوره پزشکی به مفهوم درد در کودکان به طور اختصاصی بحث نگردیده و فقط در طی دروس مختلف بیماری‌ها به درمان درد با استفاده از درمان‌های دارویی اشاره شده است. در برنامه آموزشی پرستاری طبق سر فصل‌های مصوب وزارتخانه بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مفهوم درد به طور عمومی در درس مفاهیم و سپس به طور اختصاصی در مبحث کودکان در طی 4 ساعت تدریس می‌گردد. البته درد و درمان آن به طور پراکنده در بیماری‌های مختلف مورد توجه قرار گرفته است.

باورها در تسکین درد بر عملکرد پرستاران تأثیر بسزایی دارد. پرستاران باور دارند که تجویز مخدرها منجر به وابستگی به دارو شده و عوارضی نظیر دپرسیون تنفسی، بی‌حالی و عدم همکاری وی در پایین آمدن از تخت را موجب می‌شود. باید اذعان نمود که وابستگی جسمی، تحمل و اعتیاد بسیار متفاوت است. در حقیقت می‌توان گفت که وابستگی جسمی و تحمل، پاسخ‌های غیر ارادی فیزیولوژی بدن نسبت به داروهایی نظیر مخدرهاست و چنانچه درد بیمار با مصرف مخدر کافی کنترل شود بیمار مجدداً درخواست دارو نمی‌کند در حالی که در اعتیاد، فرد تلاش فراوانی برای به دست آوردن دارو کرده و در صورت قطع دارو، تمایل به مصرف داروی مخدر دارد. مطالعات نشان داده است که کمتر از 1٪ از بیماران تحت درمان با مخدرها دچار اعتیاد شده‌اند (24 و 25).

آب مقطر یا دارو نما ضد درد نیستند و استفاده فریبنده از دارونما نمی‌تواند اطلاعاتی را در مورد وجود درد مطرح کند استفاده از پلاسبو و عدم مصرف داروهای تسکین‌دهنده درد اعتماد کودک را نسبت به افراد تیم بهداشتی از بین می‌برد و سؤالات قانونی و اخلاقی را مطرح می‌کند (25).

حضور مادر در بخش به خصوص طی انجام پروسیجرها در بسیاری از مطالعات بحث‌برانگیز است. اگر چه پرستاران به خوبی نقش مادر را در بررسی و انجام مداخلات غیردارویی درک نموده‌اند ولی نسبت به حضور مادران در حین پروسیجرها نگرش منفی دارند. در برخی از

خاطر نشان نشده بود. برای مطالعات بعدی پیشنهاد می‌گردد با توجه به ماهیت درد و اداره آن بررسی‌ها به صورت کمی و کیفی (ترکیبی یا تلفیقی) انجام شود. باید اذعان داشت که توصیف تجربه نیازمند حوصله کافی مشارکت‌کننده و احساس اطمینان کافی به مصاحبه‌کننده است و ممکن است واحدهای پژوهش تمایل به بیان کردن تمامی تجارب خود نداشته باشند که به عنوان محدودیت‌های پژوهش در نظر گرفته می‌شود. علاوه بر این تقریباً تمامی شرکت‌کننده‌ها مؤنث بودند و ممکن است جنس بر روی نتایج تأثیرگذار باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از پرستاران بخش‌های کودکان جهت همکاری و در اختیار گذاشتن تجارب ارزشمندشان، معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری علوم پزشکی اصفهان جهت تأمین هزینه‌های مالی، دفتر پرستاری بیمارستان آموزشی جهت هماهنگی و همکاری، و همچنین مجله پژوهش پرستاری جهت چاپ و در اختیار قرار دادن نتایج پژوهش تشکر و سپاسگزاری می‌نماید.

پروتکل استاندارد اداره درد در بخش‌ها و همچنین آموزش و تجویز دستورات منظم ضددردها برای تیم درمان به‌ویژه پزشکان اهمیت پیدا می‌کند. باورهای پرستاران در مورد وابستگی به داروها و عدم احساس ضرورت استفاده از مخدرها در اداره درد و یا استفاده از دارونماها، نیاز به توجه خاصی از سوی مسؤولین جهت برگزاری دوره‌های بازآموزی و یا تشکیل کمیته‌های درد در بیمارستان‌های کشور را می‌طلبد. اهمیت این یافته‌ها در آن است که به نقش پرستاران در بخش‌های کودکان توجه خاصی مبذول نمود و سعی در بررسی بیشتر و غنی‌تر کردن عملکرد آنان نماییم. علاوه بر این لازم است که شرایط اجرای استانداردهای درد در بخش‌ها تسهیل گردد به نحوی که پرستاران را توانمند نماید تا با بهره‌گیری از تجارب، آگاهی و دانش به روز و تعامل مؤثر، درد کودکان را در حیطه‌های مختلف داخلی و جراحی اداره نمایند. جهت دستیابی به این منظور مشارکت پزشکان و تربیت پرستاران متخصص کنترل‌کننده درد حائز توجه است.

اگر چه این پژوهش کیفی بر روی تعداد کمی از پرستاران صورت گرفته ولی با مصاحبه‌های عمیق یافته‌های ارزنده‌ای بیان شد که در مطالعات کمی قبلی

منابع

- 1 - Strong J, Clark E, Mandellico G. Pain a Textbook for Therapists. London: Churchill Livingstone; 2002. P. 100-307.
- 2 - Mccaffery M, pasero C. Pain clinical manual. St. Louis: Mosby; 1999. P. 30-54-364.
- 3 - Wong D, Hockenberry M. Nursing Care of Infants and Children. 7th ed. St. Louis: Mosby; 2003. P. 1048-9-1055.
- 4 - Baggott H, Barrows H, Glens W, Wilki K . Nursing care of children and Adolescents with cancer. W.B. Saunders; 2002. P. 323-324.
- 5 - Allen J, vessey J. Children with a Chronic Condition. St. Louis: Mosby; 2004. P. 91.
- 6 - Timby B, smith N. Introductory Medical-surgical Nursing. 8 th ed. Lippincot; 2003. P. 226.
- 7 - Ely B. Pediatric Nursing Pain Management Practice. Pediatric Nursing. 2003; 27(5): 473-480.
- 8 - Allcock N, Standen P. Student Nurses' experiences of Caring for Patients in Pain. International J N studies. 2001; 38 (6): 287-295.
- 9 - Potts N, Mandleco B. Pediatric Nursing caring for children and Their Families. U.S.A Delmar: Thomson Learning; 2002. P. 78.
- 10 - Choiniere M. Burn pain. Pain clinical updates. IASP. 2001; 9(1): 1-4.
- 11 - Vanniekerk L , Martin F. Tasmanian Nurses' knowledge of Pain Management. International J N studies. 2001; 38: 141-152.
- 12 - Streubert speziale H, carpeter D. Qualitative Research in Nursing. Lippincott Williams, wilking. 2003. P. 67.
- 13 - Alavi A, Namnabati M, Abdeyazdan Z, et al. Pediatric pain management by nurses in educational hospital of Shahrecord. J of Shahrecord university of Medical Sciences. 2008; 10(2): 66-71.
- 14 - Namnabati M, Asadollahi M, Rahmani and et al. Nurses` Knowledge and Attitudes of Pain management in children in Tabriz. New Issues in Children. Esfahn university of medical Sciences; 2009. P. 3.

- 15 - Visentin M, Trentin L, Marco R, Zanolin E Italian Medical staff Towards the Approach and Treatment of patient in pain. *J of pain symptom Managment*. 2001; 22 (5): 925-930.
- 16 - Gimbler-Berglund I, Ljusegren G, Enskar K. Factors influencing pain management in children. *Paediatric Nursing*. 2008; 20(10): 20-24.
- 17 - Glasper A, Richardson M. A text book of children's and young People's Nursing. Churchill Livingstone; 2006. P. 234.
- 18 - Polkki T. Nurses' Perceptions of parental guidance in pediatric surgical pain relief. *International Journal of Nursing studies*. 2002; 39(4): 319-327.
- 19 - Simons J, Franck L, Roberson E. Parent involvement in children's pain care. *J of Advanced Nursing*. 2001; 36(4): 591-595.
- 20 - Ashwill J, Droskes. Nursing care of children. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002. P. 402-422.
- 21 - Sterens B. Pain in Infants and children. Pain, an updated Review. Seattle: IASP; 2002. P. 315.
- 22 - Ghieamt M, Koocke M. Principle to use Analgesic. Tehran: Kavir publisher; 2001. P. 45.
- 23 - Morvaried J, Delpiesheh A. Strategies and relaxative care in relief pain of cancer in children. Tehran: World health; 2001.
- 24 - Namnabati M. Pain in Children. Esfahan. Esfahan university of medical sciences and Orooj; 2002.
- 25 - Simons J, Franck L, Roberson E. Parent involvement in children's pain care. *J of Advanced Nursing*. 2001; 36(4): 591-595.
- 26 - Zempsky WT, Cravero JP. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine and Section on Anesthesiology and Pain Medicine. Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics*. 2004 Nov; 114(5): 1348-56.
- 27 - Allahyari I, Alhani F. Evaluation of nurses' problems in using methods in reduce injection pain in children. *Iran J pediatr*. 2006; 16(2): 183-190.

Nurses` Experiences of Pain Management in Children

Namnabati M¹ (Ph.D.s), Abazari P² (Ph.D.s), Talakoob S³ (MSc)

Background: Pain Management is an important children right and a priority in treatment. Pain alleviation prevents severe complications and side effects and provides the children, a normal growth and development. Nurses are the key personnel who have the most interactions with pain experiencing children. They can prevent further problems by assessing and managing pain. Studying their experiences could play a valuable role in managing pain. The present study aimed at exploring the experiences of nurses of pain management in hospitalized children.

Methods: A phenomenology study was recruited to conduct the study. In-depth interviews were undertaken with a theoretical purposive sample of 19 nurses working in medical-surgical and infection pediatric wards in a hospital in Esfahan. The data analysis using Coallizzi seven-stages method.

Results: Nurses` experiences were studied in two main areas of assessments and interventions. Three major themes were identified namely: the ability of detection, reaction and beliefs. The sub-themes included: being aware of pain reality, caregiver role, medication dependency, having tolerance, interpersonal interaction, beliefs regarding placebo, negative attitude to mother`s attendance during procedures.

Conclusion: Nurses` experiences reflect their abilities and knowledge of pain, the influential factors and understanding the mother role. Studying their experiences is a valuable contribution in better pain management. So, it`s necessary to pay more attention to the pain subject in nursing curriculum and providing pain management educational programme to train experienced nurses. The role of physician and their participation should be considered in managing children`s pain. The required facilities and condition for applying standards of pain management should be provided as well.

Keywords: Nurses` experiences, Pain management, Children

¹ - **Corresponding author:** Faculty member, Department of pediatric nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences/ Isfahan University of Medical Sciences, Iran

E-mail: namnabat@nm.mui.ac.ir

² - Faculty member, Department of medical-surgical nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences

³ Faculty member, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences