مقاله مروری

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره هفدهم، شماره ۱۲، آذر ۱۳۹۴، صفحه ۶۴-۵۷

چالشهای پرستاری مدیریت درد در بخشهای کودکان و ارائه راهکارهای کاربردی

پروین عزیزنژاد روشن (MSc)[۱]، فاطمه الحانی (PhD)*[۱]، عیسی محمدی (PhD)[۱]

۱- گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

دریافت: ۹۴/۳/۴، اصلاح:۹۴/۵/۷، پذیرش:۹۴/۷/۶

خلاصه

سابقه و هدف: یکی از شاخصهای مهم برای سنجش کیفیت مراقبت پرستاری، مدیریت درد است. هنوز درد در بخشهای کودکان به خوبی اداره نمی شود. این مطالعه جهت بررسی جامع در زمینه پرستاری مدیریت درد در بخشهای کودکان و ارائه راهکارهای کاربردی انجام شد.

مواد و روش‌ها: اطلاعات با استفاده از بانکهای اطلاعاتی مثل مجلات ایرانی (magiran)، مقالات علوم پزشکی ایران (iran Medex)، ثبت اطلاعات پایان نامه ایران (irandoc) و همچنین از پایگاه های الکترونیکی جهاد دانشگاهی (SID) و پایگاههای خارجی Medline، Google، Google Scholar، Science direct و با کلید واژه های pain management، pediatric، Nurse، barriers، Hospital مورد بررسی قرار گرفت و برای جستجو از سایتهای داخلی از معادل فارسی آنها استفاده شد. از ۴۰۶۴ عنوان بدست آمده و نهایتا ۵۱ مقاله مرتبط با موضوع تحقیق و بین سالهای ۲۰۱۵-۱۹۹۴ وارد بررسی شد.

یافته ها: هشت حیطه چالشی در مورد مدیریت درد کودکان شناسایی شدند این حیطه ها عبارتند از: دانش تئوریکی محدود و مهارت ناکافی پرستاران، نگرش و باورهای پرستاران، موانع سازمانی، ویژگیهای مربوط به والدین و کودکان، ارتباطات غیر تعاملی حرفه ای، نامشخص بودن نقش پرستاران در امر مدیریت درد، مشارکت ندادن کودک یا والدین در فرآیند مدیریت درد و کمبود الگو های بومی در زمینه مدیریت درد کودکان از آن جمله می باشد.

نتیجه گیری: با مشخص شدن چالشهای پرستاری مربوطه و ارایه راهکارهای کاربردی مثل اصلاح ساختار سازمانی، امید است بتوان گامهای موثری در جهت رفع این موانع برداشت.

واژه‌های کلیدی: مدیریت درد، کودکان، بیمارستان، پرستار، چالش.

مقدمه

انجمن بین المللی درد، درد را یک احساس ناخوشایند و تجربه عاطفی مرتبط با آسیب بافتی حاد یا بالقوه می داند(۱). ۸۱ درصد از کودکان بستری درد متوسط تا شدید را گزارش می کنند (۲). نتایج عدم کاهش درد شامل اضطراب، کاهش تعامل با دیگران، آشفتگی خواب، نقص در حرکت، کاهش اشتها، بیقراری، کاهش کیفیت زندگی، افزایش هزینه های مراقبت بهداشتی و بستری می‌باشد(۳). عوارض طولانی مدت درد در کودکان، ترس پیش بینی شده از پروسیجرهای آینده بدلیل خاطرات منفی از پروسیجرهای گذشته، حساسیت به درد آینده بدلیل تغییرات در چگونگی فرآیندهای سیستم عصبی به درد، کاهش اثربخشی مسکنها، مشکل در درک پروسیجرها و ترس از سوزن (phobia Needle) می باشد. (۴). مدیریت درد نامطلوب باعث افزایش روزهای اقامت در بیمارستان و هزینه های مراقبت بهداشتی می گردد (۵). مدیریت درد بخش مهمی از مراقبتهای بهداشتی است (۶). مدیریت مطلوب درد کودکان با معاینه و بررسی درد شروع میشود و بعد از تشخیص نوع درد و عوامل موثر آن، طرح درمان برنامه ریزی می‌شود و متناسب با شرایط کودک، مداخلات دارویی و غیر دارویی اتخاذ می گردد و سپس اثربخشی روشها ارزیابی می گردد (۷). مدیریت اثربخش (Effective pain management) درد باعث به حداقل رسیدن اثرات منفی فیزیولوژیکی و رفتاری کودک، کوتاه شدن روزهای وصل به دستگاه تهویه و اکسیژن درمانی، افزایش وزن، پیشرفت بهبودی و کاهش طول مدت بستری شدن در بیمارستان می گردد(۸). پرستاران نقش کلیدی درمدیریت درد کودکان ایفاء می کنند (۹). همه مشاغل تیم سلامت بر این باورند که پرستار نقش حیاتی در ارزیابی و مدیریت درد بیمار دارد(۱۰). پرستاران بطور دائم نیازمند تصمیم گیری در مورد سنجش و کنترل درد بیماران هستند که شامل تصمیم در باره سطح درد و نیاز به مسکن هاست. بنابراین مدیریت موثر شامل پیش بینی فرآیند تصمیم گیری است که از طریق دانش در باره درد و کنترل آن گسترش می یابد. تسکین درد بعنوان هسته و جوهره اصلی مراقبت پرستاری بشمار می رود و اهمیت ارائه این نقش از طرف پرستاران بیشتر بارز می گردد(۱۱). ارائه این وظیفه تخصصی در پرستاری

این مقاله حاصل پایان نامه پروین عزیزنژاد روشن دانشجوی دکتری پرستاری و طرح تحقیقاتی به شماره ۵۲/۶۵۸۲ د دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تهران می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر فاطمه الحانی
آدرس: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری. تلفن:۰۲۱-۸۲۸۸۳۸۹۸
E-mail:alhani_f@modares.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.12.8.7]
[DOI: 10.22088/jbums.17.12.57]

موجب ارتقاء و استقلال حرفه ای پرستاران می شود. مدیریت درد از حقوق مهم کودکان و یکی از اولویتهای درمان است. درمان کامل درد یک امر اخلاقی است (۱۲). پرستاران برای جلوگیری یا کاهش درد مسئول می باشند (۱۴و۱۳). پرستاران مهمترین اعضای تیم درمانی هستند که فرصت بی نظیری برای بررسی و شناخت و ارزیابی مدیریت درد دارند. زیرا بررسی و مدیریت درد نقش مهمی در عملکرد پرستار دارد. پرستاران باید نقش فعال در مدیریت درد داشته باشند اما مطالعات کمی نشان داده که پرستاران این نقش را واقعاً ایفا می‌کنند (۱۵). لذا این مطالعه با هدف مرور جامع مطالعات داخلی و خارجی مرتبط با چالشهای پرستاری مدیریت درد در بخشهای کودکان و ارایه راهکارهای کاربردی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مروری بر اساس روش Broome و Whittemore در طی سه مرحله، جستجوی متون، ارزشیابی داده ها و تحلیل داده ها انجام گردید (۱۷و۱۶). در این مطالعه از پایگاههای الکترونیکی جهاد دانشگاهی (SID)، بانک اطلاعات نشریات و مجلات ایرانی (magiran)، بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران (Iran Medex)، بانک ثبت اطلاعات پایان نامه ایران (irandoc) و همچنین از پایگاههای اطلاعاتی خارجی مانند Medline، Google Scholar، Google، Elsevier با کلید واژه های فارسی مدیریت درد، کودکان، بیمارستان، پرستار، موانع و کلید واژه های انگلیسی pain management، pediatric ، Nurse، barriers، Hospital مورد جستجو قرار گرفت این واژه ها اغلب به صورت جداگانه و در مواردی هم به صورت ترکیب دو واژه با هم استفاده شد. درمرحله اول ۴۰۴۶ عنوان انتخاب شد در این مرحله عنوان و در صورت لزوم چکیده مقالات بررسی و در نهایت ۲۴۸مقاله انتخاب شد. در مرحله دوم متن کامل مقالات مورد مطالعه قرار گرفت و ۱۹۷ مطالعه به دلیل اینکه بر مفاهیم غیر از چالشهای پرستاری مدیریت درد یا در محیط بیمارستان متمرکز نبود از مطالعه خارج گشته و نهایتا تعداد ۵۱ متن کامل مقاله چاپ شده در خارج و داخل ایران به مطالعه وارد شد. مطالعات بین سالهای ۱۹۹۴ تا ۲۰۱۵ بررسی شد.

مقالات با متن کامل، مروری، کمی یا کیفی در حوزه مدیریت درد کودکان، در نظر نگرفتن محدویت زمانی، مقاله چاپ شده در مجلات داخل یا خارج کشور با تمرکز مطالعه بر موانع یا چالشهای مطرح در حوزه مدیریت درد کودکان وارد مطالعه شدند. مطالعات فاقد متن کامل و مطالعات مربوط به چالشهای مدیریت درد در خارج از بیمارستان از مطالعه خارج شدند. در مرحله تحلیل، اطلاعات جمع آوری شده از مطالعات شامل نویسنده (نویسندگان)، سال، هدف، مفاهیم اصلی مورد مطالعه، متدولوژی، محیط پژوهش و روایی و پایایی مطالعه بود. این اطلاعات به طور منظم در داخل فایلها جمع آوری و به عنوان داده های خام این مطالعه مروری مورد استفاده قرار گرفت. در طی جمع آوری داده ها از هیچ تفسیری استفاده نشد و از عبارات اصلی مقالات که توسط نویسنده به کار رفته بوده، استفاده گردید. روایی تحلیل ها از دو طریق: ۱- دو محقق که به طور مستقل از هم در طی فرآیند تحلیل کار می کردند ۲- دو محقق نتایج بدست آمده از تحلیل را به تایید هم می رساندند و در صورت برخورد با مشکل با بحث کردن به توافق می رسیدند، مورد تایید قرار گرفت.

یافته ها

در مطالعه Ghazanfari و همکاران موثرترین مانع، دانش ناکافی پرستار در مورد روشهای تسکین درد غیر دارویی بود (۱۸). مطالعه Parvizi و همکاران نشان می دهد بیشتر پرستاران هیچ گونه آموزشی درباره روشهای غیر دارویی کنترل درد کودکان در دوران آموزش پرستاری دریافت نکرده و همچنین دوره‌های بازآموزی ضمن خدمت نداشته اند بیشترین مشکلات آنها در به کارگیری روشهای غیر دارویی شامل مشکلات مربوط به محیط و کمبود تجهیزات،نداشتن انگیزه و مشکلات شغلی، زیاد بودن شیفتها، حقوق پایین، بارکاری، کمبود وقت، مقاومت پزشکان و پرستاران می باشد(۱۹).

نتایج مطالعه Allahyari و همکاران نشان داد در بعد پرسنلی-مدیریتی "کمبود وقت پرستاران و عدم تناسب تعداد پرستار نسبت به تعداد بیماران"، در بعد آموزشی "در دسترس نبودن ابزارهای سنجش درد در بخش کودکان"، در بعد محیطی، تجهیزاتی "کافی نبودن وسایل بازی برای بکارگیری روشهای کاهش درد" و در بعد انگیزشی "رضایت ناکافی پرستاران از شیفتها و ساعات کاری" بیشترین مشکل می باشد(۲۰). برای کنترل درد موفق باید سنجش درد صورت گیرد و برای سنجش درد باید از ابزارهای مناسب و معتبر استفاده کرد. در این خصوص Varvani و همکاران گزارش نمودند میزان آگاهی پرستاران در مورد سنجش درد ۲۰٪ ضعیف، ۶۰٪ متوسط و ۲۰٪ خوب بود(۲۱).

Twycross و همکاران تعدادی از موانع را مربوط به کارکنان، کودک و والدین و سازمان مربوطه می دانند. موانع مربوط به کارکنان (قضاوت شخصی پرستار، ترس از دادن دوز زیاد داروی ضد درد یا ناکافی بودن مسکن تجویز شده)، موانع سازمانی (کمبود پرسنل، نبود ابزارهای بررسی درد متناسب با سن، نداشتن فلوچارت درد و تجهیزات برای انحراف فکر) و موانع مربوط به کودک و والدین (سن و فرهنگ کودک، اغراق کودکان در بیان نمرات درد، مداخله والدین). این مطالعه نشان می دهد نیاز به بررسی تعاملات بین پرستار، کودک و والدین هست (۲۲). Albertyn و همکاران نشان دادند عواملی مانند آموزش ناکافی، موانع زبان و تفاوتهای فرهنگی مانع از دریافت مراقبت اساسی درد می شود. مدیریت درد اغلب وابسته به نگرشها، فرهنگ و عقاید کادر سلامت است (۲۳). یافته های Twycross نشان می دهد در موقع درد کودک، پرستاران داروهای مسکن تجویز می کردند ارزیابی مداوم درد کودک را انجام نمی دادند و از روشهای غیردارویی تسکین درد بطور منظم استفاده نمی کردند. شیوه های مدیریت درد به عوامل مختلفی از جمله فرهنگ حرفه ای پرستار یا فرهنگ بخش مربوط می شود. (۲۴). Polkki و همکاران فاکتورهای ممانعت کننده استفاده از مداخلات غیر دارویی درد را سهل انگاری و سستی پرستاران، اعتقادات پرستاران در مورد نقش والدین/توانایی کودک برای بیان درد، سنگینی کار/کمبود وقت، محدودیت درکاربرد مداخلات غیر دارویی، مدل سازمانی کار/ میزان بالای پذیرش و ترخیص بیماران بیان نمودند (۲۵).

در مطالعه Namnabati و همکاران سه درون مایه اصلی شامل موانع سازمانی (نبود اختیار برای تجویز بعضی از مداخلات پزشکی، ناکافی بودن تجهیزات و داروی مخدر و عدم تناسب بین فشار کاری و تعداد بیمار)، محدودیت مربوط به ویژگیهای کودک (سن، خلق و خوی و جنس) و موانع مربوط به ماهیت بیماری و درمان شناسایی شد (۱۰). درحال حاضر در مناطق مختلف دنیا، الگوهای متفاوتی برای مدیریت درد بکار گرفته می شود، که بنا به وضعیت ساختارهای

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.12.8.7]
[DOI: 10.22088/jbums.17.12.57]

فرهنگ سازمانی و بافت زمینه ای ، ویژگی های متفاوتی دارا هستند. الگوی تجویزی راهنمای مدیریت درد کودکان توسط Habich و همکاران ارائه گردید مراحل این نوع مدیریت درد، با یک رویکرد چرخشی بررسی، مداخله و ارزشیابی است (۷). بررسی، اولین مرحله مدیریت درد و یک جزء مهم نسبت به سایر مراحل است. بررسی درد یک فرآیند ثابت بوده و شیوه (Question, use tools, evaluate responses, secure involvement,Take cause QUEST (into account, take action, and evaluate برای آن مناسب است. مراحل QUEST یک رویکرد ساختار یافته برای بررسی درد است و شامل پرسش ازکودک، استفاده از مقیاسهای اندازه گیری درد، ارزیابی پاسخها (تغییرات رفتاری و فیزیولوژیک)، اطمینان از مشارکت والدین، در نظر گرفتن علت درد، اقدام و ارزیابی(۷). Farhani و همکاران این شیوه را برای توانمند ساختن پرستاران در سنجش درد کودکان به کار گرفتند که موفقیت آمیز بود (۲۶). زمینه فرهنگی، اعتبار و صحت ابزارهای بررسی درد را در یک فرهنگ خاص، تحت تاثیر قرارمی دهد (۲۷). درکودکان انتخاب ابزارهای بررسی درد باید متناسب با سن، سطح شناختی، وجود ناتوانی، نوع درد و موقعیت درد باشد (۲۸). دومین مرحله مدیریت درد، مداخله است. بررسی داده ها برای برنامه ریزی یک طرح منحصر به فرد با کمک مداخلات دارویی یا غیر دارویی می باشد. مشارکت بیمار و خانواده در توسعه برنامه مدیریت درد اجتناب ناپذیراست(۷). آخرین مرحله به منظور بررسی اثربخشی استراتژیهای مدیریت درد، ارزشیابی است. باید هر۳۰ تا ۶۰ دقیقه بعد ازهرمداخله ارزیابی مجدد صورت گیرد. هدف این مرحله رسیدن به نمره درد کمتراز چهاریا رضایت از مدیریت درد می باشد(۷).

در روش تجویزی Habich به تاثیرعقاید فرهنگی مددجویان بر روی درک درد و رفتار کودک و همچنین رویکردهایی که بطور سنتی برای بهبودی درد در بسیاری از فرهنگها استفاده می شود هیچ گونه توجهی نشده است علاوه بر آن هیچ اختلافی بین رضایت مندی بیمار و خانواده قبل و بعد از اجرای راهنمای عملکردی مشاهده نشده است (۷). بررسی درد به عنوان یک تبادل اجتماعی (Pain Assessment as a Social Transaction (P.A.S.T)) توسط Voepel-Lewis و همکاران ارایه شده است. در فرآیند بررسی درد توجه به تجربه بیمار، پیامد درد، بررسی و قضاوت پرستار در مورد درد بیمارهمچنین به فاکتورهای داخلی مداخله کننده دربیان درد کودک مثل جنس، فاکتورهای زمینه ای و موقعیتی مانند نوع پروسیجر و تجارب گذشته و فعلی بیمار، فاکتورهای روانی و اجتماعی مثل اضطراب کودک درموقع بیان درد و فرهنگ خانواده توجه شده است. ولی دخالت دادن کودک/ والدین، تاثیر محیط کاری، مسایل مربوط به سازمان که بر روی تصمیم گیری پرستاران درمداخلات تسکین درد موثرند توجه نشده است علاوه بر آن این مدل برای قسمتی از مدیریت درد یعنی بررسی و شناخت کارآیی دارد و شامل مداخله و ارزشیابی نمی شود (۲۹). این مدل برای کشور ما کارآیی ندارد و تا به حال استفاده نشده است. مدل استفاده از دانش در مراقبت بهتر از درد (Pain Care in The Knowledge Use model =KUPC) توسط Latimer و همکاران بیان شده است. این مدل چهار جزء اصلی شامل فاکتورهای سازمانی (فرصت، اطلاعات، منابع و حمایت می باشد. فرصت به معنی افزایش دسترسی به دانش و مهارت برای عمل ، اطلاعات به تبادل بین پرستار و پزشک، حمایت به درک پرستار از استقلال در قضاوت بالینی، منابع به کارکنان با تخصص کافی و مواد و تجهیزات)، ویژگیهای فردی پرستار (تجربه، تمام وقت، مدرک کارشناسی، مهارتهای تفکر انتقادی، همدلی و سلامتی جسمی و ذهنی پرستار)، ویژگیهای کودک (تیزهوشی بالا یا کم، سن، توانایی کلامی) و زمینه اجتماعی و سیاسی(خط مشی‌های سازمان، دستورالعملهای اعتبار بخشی و انجمنهای حرفه ای). این مدل جامع و کامل نیست فقط درک ما را از عواملی که ممکن است مراقبت از درد را تحت تاثیر قرار بدهد گسترده می کند و این مدل نیاز به آزمایش دارد (۳۰). مدل پرسنلی(Staffing modle) توسط Hall و همکاران ارائه شد و عمده تمرکز برنگرش مدیریتی به پدیده مدیریت درد بوده و با تغییر در ساختار، و افزودن افراد متعدد به گروه درمانی به سنجش رضایت مندی بیماران پرداخته است. این الگوها نقش پرستار را در حد سایر کارکنان دانسته و بر واگذاری هر قسمت از مشکل درد برعهده افراد متخصص تاکید دارد ازمشکلات بکارگیری این الگو صرف منابع مالی زیاد و به کارگیری نیروی انسانی اضافی است و تنها درمراکزی قابلیت اجرا دارد که دارای توان مالی و جذب نیروی انسانی بالایی باشند (۳۱).

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه اخیر نشان داد یکی از موانع اساسی مدیریت درد کودکان توسط پرستاران، نقص دانش و مهارت ناکافی است. این محدودیتها شامل کمبود دانش درمورد داروهای مسکن، روشهای غیردارویی درد، بررسی و فیزیولوژی درد بیشتر قابل توجه است. پرستاران به دلیل فقدان دانش قادر نیستند درد را دقیق ارزیابی کنند پس قادر نخواهند بود دانش را در عمل به کار گیرند (۳۲). نقص دانش پرستاران به عنوان موثرترین مانع مدیریت درد شناخته می شود (۳۳). مطالعات نشان میدهد پرستاران ترکیه نیز دانش ناکافی در مورد مدیریت درد دارند و نیازبه آموزش اضافی برای حل این چالش دارند (۳۴). پس دانش ناکافی پرستاران در مورد مدیریت درد و نبود دستورالعملهای کنترل درد در بالین تاثیر گذار می باشد (۳۵). همچنین نگرش و باورهای پرستاران در مورد مدیریت درد، یکی دیگر از موانع می باشد. قضاوت شخصی پرستاران، تصورات و پیش فرضهای پرستار نقش کلیدی در مدیریت درد دارد (۳۶). هنوز در مورد مدیریت درد کودکان، تصورات غلط وجود دارد. بسیاری از مراقبین بر این باورند که کودکان نمی توانند درد را به یاد داشته باشند یا به دلیل اعتیاد، بیش از حد شکننده به دریافت داروهای مخدرهستند (۳۷). ارائه دهندگان مراقبتهای بهداشتی ناخودآگاه بر این باورند آنها به جای کودک، با دقت بیشتری می توانند تجربه درد کودک را قضاوت کنند (۳۷). عقاید و باورهای پرستار در باره کم اولویت دادن به درد نسبت به سایر نقشهای دیگر از آن جمله می باشد (۳۲). گاهی استفاده از ابزارهای مختلف بررسی درد به عقاید پرستار بستگی دارد (۱۰). حتی تشخیص کودک، جدی بودن وضعیت کودک یا نوع عمل جراحی بر ادراکات پرستاران از درد کودک تاثیر می گذارد (۳۸). همه این عوامل در نهایت باعث تغییر پاسخ فرد مراقبت دهنده به بیان درد از کودک می شود (۳۹).

موانع سازمانی از جمله کمبود پرسنل و حجم کار سنگین پرستاری و کمبود وقت (۳۶و۲۵)، ناکافی بودن داروی ضد درد تجویز شده، نبود ابزارهای بررسی درد متناسب با سن کودک، نداشتن فلوچارت درد، نداشتن تجهیزات برای انحراف فکر (۳۶)، عدم تناسب بین حجم کاری و تعداد بیمار، نبود قدرت پرستار برای تجویز بعضی مداخلات پزشکی، در دسترس نبودن مواد مخدر (۱۰)، فقدان دسترسی به

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.12.8.7]
[DOI: 10.22088/jbums.17.12.57]

خط مشی ها و دستورالعمل کنترل درد در بالین، بر مدیریت درد موثرند (۴۰و۳۵). نقش پرستاران در امر مدیریت درد نامشخص است پرستار کودکان در زمینه بررسی میزان درد و مداخله برای کاهش آن نقش مهمی دارد. مدیریت مطلوب درد پس از بررسی درد میسر می شود زیرا فهمیدن میزان درد شیوه مناسبی جهت سرعت عمل در انجام مداخلات لازم است (۳). پرستاران نقش مهم در مدیریت درد کودکان در بررسی دقیق درد، مداخله مناسب و ارزیابی تسکین درد دارند (۳۴). بسیاری از پرستاران بر این باورند برای این نقشها به خوبی آماده نشده اند و آموزش های ارائه شده در مراکزآموزشی پرستاری نتوانسته آنان را برای اجرای این امر مهم آماده نماید (۴۱). زیرا به مداخلات غیر دارویی درد که می توانند جزء فعالیتهای مستقل پرستاری و ارتقاء نقش پرستار گردند توجه کافی نشده است (۴۲). این در حالی است که نتیجه تحقیق انجام شده در ایران در زمینه تاثیر برقراری کمیته درد در ساختار سازمانی بر توانمندی پرستاران درمهارت بررسی درد کودکان بسیار اثربخش بود (۲۶). مطالعه Shad نشان داد مداخله غیر دارویی پرستار می تواند میزان درد را به طور معنی داری کاهش دهد (۴۳). ویژگیهای والدین و کودکان ازجمله موانع دیگر مدیریت درد می باشد سن و فرهنگ کودک، اغراق کودکان در بیان نمرات درد، شکایت از درد تمارضی، مداخله کردن والدین و جواب دادن آنها به جای کودک یا عدم اطلاع به پرستار در صورت وجود درد (۳۶). بسیاری از کودکان به دلیل ترس از تنبیه مراقبین و یا تزریق، درد را انکار می کنند (۳۷). تفاوتهای جنس و خلق وخوی کودک در نمایش علایم و رفتارهای مربوط به درد می تواند بر مدیریت درد تاثیر داشته باشد (۱۰). بطوریکه کودکان شلوغ و پر و سروصدا یا والدینی که بطور مکرر مداخله می کنند درمقایسه با کودکان آرام یا والدین منفعل، داروهای ضد درد بیشتری دریافت می کنند (۳۸). دختران بطور معنی داری درد بیشتری را گزارش می کنند (۳). بررسی درد کودکان به ویژه شیرخواران مشکل است و آنها نمی توانند به روش کلامی دردشان را بیان کنند (۱۰). به عبارتی سن فاکتور مهم در ارزیابی درد هست بطوریکه در مطالعه ای کودکان کمتر از ۲۴ ماه دوز کمتری از پاراستامول در مقایسه با کودکان بزرگتر دریافت کردند (۳۸).

نتایج تحقیق حاضر بیانگر این است که ارتباطات حرفه ای بین پرستار با کودک و والدین و سایر تیم مراقبتی و درمانی ضعیف می باشد. در جهان کنونی نوع نگرش در مراقبتهای بالینی تغییر اساسی یافته و برمشارکت بیماران درامر درمان توجه بیشتری گردیده است. لذا برقراری تعاملات و تاکید بیشتر بر مهارتهای ارتباطی ازچالشهای مطرح درمدیریت درد است (۴۴). گفتگو با مدجویان در خصوص برنامه مراقبتی درمان درد باعث افزایش حس کنترل و تاثیر مثبت کیفیت ارتباطات پرستار با آنان می شود (۴۵). کمبود وقت باعث خدشه به تعاملات بین فردی پرستار با کودک و والدین می گردد (۴۴). تا آنجا که ارتباط ضعیف بین پزشکان و پرستاران و همچنین ارتباط ناکافی با تیم مراقبت تسکینی باعث تاخیر در درمان درد می شود (۴۶و۴۰و۳۵). یکی دیگر از موانع این است که کودک یا والدین در فرآیند مدیریت درد مشارکت داده نمی شوند. در حالیکه دخالت دادن والدین در فرآیندهای مراقبت برای کودک حیاتی است و باعث سازگاری بیشترکودک با دیسترسهای ناشی از بستری شدن دربیمارستان می گردد (۴۷). پرستاران باید والدین را تشویق کنند تا در کنار کودک باشند و آموزشهایی در خصوص اقدامات درمانی، چگونگی کمک به کودک و استفاده از انواع مداخلات غیردارویی به آنها داده شود (۴۸). والدین باید پرستاران را در مدیریت درد کمک کنند آنها می توانند نقش انحراف فکر از طریق بازی و صحبت کردن با کودک داشته باشند (۳۶). آکادمی کودکان آمریکا نیز بر حضور والدین در حین پروسیجرهای دردناک تأکید و به عنوان یک ضرورت در خط مشهای خود قید کرده است (۴۹). مشارکت والدین هم برای کودک و هم برای خانواده مفید است چنانچه به والدین اطلاعات مناسب داده شود می توانند نقش کلیدی در مدیریت درد داشته باشند (۵۰). نتایج مطالعه اخیر بیانگرآن است که الگو های بالینی در زمینه مدیریت درد کودکان کم است. پرستاران برای قضاوت و عملکرد صحیح بالینی نیاز به الگوهای بالینی دارند تا قدرت بیشتری برای عملکرد در بالین بیابند تا با عملیاتی ساختن آنها بهبود کیفیت مراقبت تحقق یابد (۵۱). دانش تئوریکی محدود و مهارت ناکافی پرستاران، نگرش و باورهای پرستاران ، موانع سازمانی ، ویژگیهای مربوط به والدین و کودکان، ارتباطات غیر تعاملی حرفه ای، نامشخص بودن نقش پرستاران، عدم مشارکت کودک یا والدین در فرآیند مدیریت درد و کمبود الگوهای بومی در زمینه مدیریت درد از مهمترین چالشها شناسایی شدند. توجه بیشتر در برنامه ریزیهای آموزش پرستاری به موضوع مدیریت درد کودکان بخصوص افزودن مباحث مربوط به شیوه های غیردارویی کنترل درد به محتوی دروس برای تربیت پرستاران، برگزاری دوره های آموزش مداوم در مورد مدیریت درد بخصوص سنجش درد و مداخلات غیر دارویی درد برای پرستاران، آموزش به والدین کودک جهت آشنایی و به کار گیری روشهای مداخلات غیر دارویی درد، مشارکت بیشتر والدین در مدیریت درد کودکان، ضمیمه کردن برگه ارزیابی درد کودک در برگه کنترل علایم حیاتی و گزارش آن درهر شیفت، فراهم کردن شرایط و تسهیلات مناسب مثل فراهم کردن تجهیزات برای انحراف فکر، تشکیل کمیته پرستاری کنترل درد در بیمارستان، توجه به بعد سازمانی مثل بهبود نیروی انسانی، طراحی مدلهای بومی و لحاظ کردن ویژگیهای بومی در ارائه الگوی مدیریت درد در بخشهای کودکان کشور ایران پیشنهاد می‌گردد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه تربیت مدرس به دلیل حمایت مالی از این تحقیق، تشکر و قدردانی می شود.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.12.8.7]
[DOI: 10.22088/jbums.17.12.57]

Challenges and Practical Solutions for Pain Management Nursing in Pediatric Wards

P. Aziznejadroshan (MSc)[1], F.Alhani (PhD)*[1], E. Mohammadi (PhD)[1]

1.Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 17(12); Dec 2015; PP:57-64
Received: May 25th 2015, Revised: Jul 29th 2015, Accepted: Sep 28th 2015

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Pain management is one of the most important indicators for nursing care quality. Pain management is still ineffective and inadequate in pediatric wards. Therefore, in this study, we aimed to evaluate pain management nursing in pediatric wards and suggest practical solutions with regard to pediatric pain control.

METHODS: In this review article, Iranian (i.e., MagIran, Iran Medex, Irandoc, and SID) and international (i.e., Medline, Google Scholar, Google, and Science Direct) databases were searched, using the following keywords and their Farsi equivalents: “pain management”, “pediatric”, “nurse”, “barriers”, and “hospital”. Among 4064 studies, 51 relevant articles, published during 1994-2015, were retrieved and reviewed in this study.

FINDINGS: In total, eight challenging areas were recognized in pediatric pain management, which are as follows: limited theoretical knowledge and insufficient skills of nursing staff, nurses’ personal beliefs, organizational barriers, characteristics of parents and children, lack of professional interaction, ambiguous role of nurses in pain management, lack of parental involvement or children’s participation in pain management, and scarcity of local models for pain management.

CONCLUSION: By identifying nursing challenges and proposing practical solutions (e.g., modifications in organizational structure), we hope to take a major step towards removing barriers against pediatric pain management.

KEY WORDS: *Pain Management, Children, Hospital, Nurse, Challenge.*

Please cite this article as follows:

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.

***Corresponding Author: F. Alhani (PhD)**
Address: Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences Tarbiat Modares University, Tehran, I.R.Iran
Tel: +98 21 82883898
E-mail: alhani_f@ modares.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.12.8.7]
[DOI: 10.22088/jbums.17.12.57]

References

1.Hazinski MF. Analgesia, sedation, and neuromuscular blockade. 3rd ed. Chapter 5:Nursing care of the critically ill child. Elsevier Mosby; 2013p.78.

2.Van HulleVincent C. Nurses' perceptions of children's pain: a pilot study of cognitive representations .J pain symptom Manage 2007; 33(3):290-301.

3.Jones KR, Fink R, Hutt E, Vojir C, Pepper GA, Scott-Cawiezell J, et al. Measuring pain intensity in nursing home residents. J Pain Symptom Manage. 2005; 30(6):519-27.

4.Taddio A, Chambers CT, Halperin SA, Ipp M, Lockett D, Rieder MJ, et al. Inadequate pain management during routine childhood immunizations: the nerve of it. Clin Ther. 2009;31 (Suppl 2):S152-67.

5.Tufano R, Puntillo F, Draisci G, Pasetto A, Pietropaoli P, Pinto G, et al. ITalian observational study of the management of mild-to-moderate post-operative pain (ITOSPOP). Minerva Anestesiol. 2012;78(1):15-25.

6.Clark L. Pain management in the pediatric population. Crit Care Nurs Clin North Am.2011; 23(2):291-301.

7.Habich M, Wilson D, Thielk D, Melles GL, Crumlett HS, Masterton J, McGuire J. Evaluating the Effectiveness of Pediatric Pain Management Guidelines. J Pediatr Nurs 2012; 27(4) :336-345.

8.Ballweg D. Neonatal and pediatric pain management: Standards and application 2008 ;18(1) : 61- 66 .

9.Gimbler-Berglund I, Ljusegren G, Enskär, K. Factors influencing pain management in children. Paediatr Nurs. 2008; 20(10):21-4.

10.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: 221–225.

11.Idvall E, Ehrenberg A. Nursing documentation of Postoperative pain management. J Clin Nurs. 2002;11(6):734-42.

12.Bowden VR, Greenberg CS. Pediatric nursing procedures. Philadelphia: Lippincott; 2003.p.52.

13.Layman Young J, Horton FM, Davidhizar R. Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. J Adv Nurs. 2006; 53(4): 412-21.

14.Kohr R, Sawhney M. Advanced practice nurses' role in the treatment of pain. Can Nurse. 2005; 101(3): 30-5.

15.Dihle A, Bjolseth G, Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. J Clin Nurs. 2006; 15(4):469-79.

16.Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. Concept Dev Nurs: Foundat, Techniq Appl. 2000:231-50.

17.Whittemore R, Knaft K. The integrative review, updated methodology. J Adv Nurs. 2005;52(5):546-53.

18.Ghazanfari Z, Forough Ameri G, Mir hosseini M .The nursing staff view about barriers of using pain relief methods. Iran J Crit Care Nurs. 2011;3(4):149-52. [In Persian]

19.Parvisi F, Alhani F, Agebati N. The nurses' problems in applying non-pharmacological pain management for children. Iran J Nurs Res. 2010;3(9):85-92. [In Persian]

20.Allahyari I, Alhani F. Evaluation of the nurses' problems in using methods to reduce injection pain in children. Iran J Pediatr. 2006;16(2):183-8. [In Persian]

21. Varvani Farahani P, Alhani F. Barriers to apply pain assessment tools in children by nurses. J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ. 2008;18(62). [In Persian]

22.Twycross A. Nurses' views about the barriers and facilitators to effective management of pediatric pain. Pain Manag Nurs. 2013;14(4):e164-72.

23.Albertyn R, Rode H, Millar AJ, Thomas J. Challenges associated with paediatric pain management in Sub Saharan Africa. Int J Surg. 2009; 7(3):91-3.

24.Twycross A. Children's nurses' post-operative pain management practices: an observational study. Int J Nurs Stud. 2007;44(6):869-81

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.12.8.7]
[DOI: 10.22088/jbums.17.12.57]

25.Polkki T, Laukkala H, Vehvilainen-Julkunen k, Pietila AM. Factors influencing nurses' use of non pharmacological pain alleviation methods in paediatric patients. Scand J Caring Sci. 2003;17(4):373-83.
26.Farahani Varvani P, Alhani F, Mohammadi E. Effect of establishing pain committee on the pain assessment skills of paediatric nurses. Int J Nurs Pract.2014;20(5):499-509.
27.Hochenberry MJ, WilsonD. Wong`s nursing care of infants and children.9th ed. Elsevier Mosby;2011.p.1044-9-55.
28.Chiaretti A, Pierri F,Valentini P, Russo I, Gargillo L, Riccardi R. Current practice and recent advances in pediatric pain management. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2013;17(Suppl 1):112-26.
29.Voepel-Lewis T, Piscotty RJ Jr, Annis A, Kalisch B. Empirical review supporting the application of the "pain assessment as a social transaction" model in pediatrics. J Pain Symptom Manage. 2012;44(3):446-57.
30.Latimer MA, Ritchie JA, Johnston CC. Individual nurse an organizational context considerations for better Knowledge Use in Pain Care. J Pediatr Nurs. 2010; 25(4):274-81.
31.Hall LM, Doran D. Nurse staffing, care delivery model, and patient care quality. J Nurs Care Qual. 2004;19(1):27-33.
32.Twycross A. Managing pain in children: where to from here? J Clin Nurs. 2010;19(15-16):2090-9.
33.Simons J, Roberson E. Poor communication and knowledge deficits: obstacles to effective management of children's postoperative pain. J Adv Nurs. 2002;40(1):78-86.
34.Ekim A, Ocakc AF. Knowledge and attitudes regarding pain management of pediatric nurses in Turkey. Pain Manag Nurs. 2013;14(4):e262-7.
35.Borgsteede SD, Rhodius CA, De Smet PA, Pasman HR, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML. The use of opioids at the end of life: knowledge level of pharmacists and cooperation with physicians. Eur J Clin Pharmacol 2011; 67(1): 79-89.
36.McCarthy P, Chammas G, Wilimas J, Alaoui FM, Harif M. Managing children's cancer pain in Morocco. J Nurs Scholarsh. 2004;36(1):11-5.
37.Rockville MD. Clinical practice guideline. U.S. department of health and human service agency for health care policy and research acute pain management. 2001;no.64.
38.Twycross A, Forgeron BP, Williams A. Paediatric nurses' post operative pain management practices in hospital based non-critical care settings: A narrative review. Int J Nurs Stud. 2015;52(4):836-63.
39.Finley GA, Kristjánsdóttir Ó, Forgeron Pa. Cultural influences on the assessment of children's pain. Pain Res Manage. 2009;14(1):33-7.
40.Egan M. Cornally N. Identifying barriers to pain management in long-term care. Nurs Older People. 2013;25(7):25-31.
41.Manias E, Botti M, Bucknall T. Observation of pain assessment and management- the complexities of clinical practice. J Clin Nurs. 2002; 11(6):724-33.
42.Ucuzal M, Doğan R. Emergency nurses' knowledge, attitude and clinical decision making skills about pain. International Emergency Nursing 2015; 23(2):75-8.
43.Shad H, Alhani F, Anoosheh M, Hajizadeh E. The effect of programmed distraction on the pain caused by venipuncture among adolescents on hemodialysis. Pain Manag Nurs. 2010; 11(2):89-91.
44.Huang N, Cunningham F, Laurito CE, Chen C. Can we do better with postoperative pain management? Am J Surg. 2001; 182(5):440-8.
45.Callister LC. Cultural influences on pain perceptions and behaviors. Home Health Care Manag Pract. 2003; 15(3): 207-11.
46.Lauder G, Emmott A. Confronting the challenges of effective pain management in children following tonsillectomy. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014;78(11):1813-27.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.12.8.7]
[DOI: 10.22088/jbums.17.12.57]

47.Piva D, Quadri E, Destrebecq AL. Nurse's role in the processes of hospital humanization and procedural pain relief in children. Pediatr Med Chir. 2011; 33(4):160-8.

48.Simons J, Franck L, Roberson E. Parent involvement in children's pain care. J Adv Nurs. 2001;36(4):591-5.

49.Zempsky WT, Cravero JP. Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. Pediatrics. 2004;114(5):1348-56.

50.Polkki T. Nurses' perceptions of parental guidance in pediatric surgical pain relief. Int J Nurs Stud. 2002 ;39(3): 319-27.

51.McEven M; wills E. theoretical base for nursing. 3rd ed. Chapter 4:Theory development: structuring conceptual relationship in nursing. Philadelphia: Lippincott Williams; 2002.p.69-89.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.12.8.7]
[DOI: 10.22088/jbums.17.12.57]