

تاثیر بازی درمانی بر درد بعد از عمل جراحی در کودکان سن مدرسه بستری در بخش جراحی بیمارستان تخصصی کودکان

فاطمه براتی^۱، اکرم دبیریان^۲، مهریار یلداشخان^۳، دکتر فرید زائری^۴، دکتر مریم رسولی^۵

۱. دانش آموخته کارشناس ارشد پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. مربی، گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. مربی، گروه هوشبری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. استادیار، گروه آمارحیاتی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۵. استادیار، گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اکثر کودکان درد متوسط تا شدیدی را بعد از عمل جراحی تجربه می کنند. جهت اطمینان از تسکین موثر درد در بیماران خردسال، استفاده از روش های غیر دارویی همراه با درمان های دارویی ضروری به نظر می رسد. این پژوهش با هدف تعیین تاثیر بازی درمانی بر درد بعد از عمل جراحی در کودکان سن مدرسه بستری در بخش جراحی بیمارستان فوق تخصصی کودکان دکتر شیخ وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۸۸-۸۹ انجام شد.

مواد و روش ها: در این کارآزمایی بالینی تصادفی، ۴۰ کودک ۸ تا ۱۲ سال بستری در بخش جراحی به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله که در یک جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه ای بازی مگ مغناطیسی شرکت کردند و گروه شاهد که مراقبت های معمول بخش را دریافت نمودند، تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناسی و "مقیاس عینی درد" و "مقیاس عددی درد" بود. شدت درد قبل (مرحله اول)، بلافاصله (مرحله دوم) و ۱۵ دقیقه بعد (مرحله سوم) از مداخله یا مراقبت معمول مورد بررسی قرار گرفت. جهت تعیین اعتبار "مقیاس عینی درد" و "مقیاس عددی درد"، از روش اعتبار ملاکی (۰/۸۹) و بین "مقیاس عینی درد" و "مقیاس چهره ای درد"، ۰/۹۰ استفاده شد. جهت تعیین پایایی "مقیاس عینی درد" از روش پایایی بین مشاهده گران استفاده شده است (۰/۹۵). داده ها با استفاده از نرم افزار آماری اس پی اس ۱۶ تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که کودکان در گروه مداخله به طور معنی داری ($P < 0.01$) درد کمتری را نسب به گروه شاهد بر اساس مقایسه نمرات درد در مرحله اول، دوم و سوم گزارش نمودند.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش تاثیر مثبت بازی درمانی را به عنوان یک مداخله پرستاری در کاهش شدت درد بعد از عمل جراحی در کودکان سن مدرسه نشان داد.

کلید واژه ها: بازی درمانی، درد بعد از عمل جراحی، کودک سن مدرسه

مقدمه

یکی از اصلی ترین علل ناراحتی انسان درد است (Good&Chin, ۱۹۹۸). کودکان نیز دردهای بسیاری را تجربه می کنند که یکی از آن ها درد بعد از عمل جراحی می باشد (Kokki, ۲۰۰۴). ۷۵ درصد کودکان در روز جراحی درد دارند و ۴۰ درصد از آن ها درد شدید را تجربه می کنند (Twycross

*نویسنده مسئول مکاتبات: اکرم دبیریان، تهران خ ولیعصر تقاطع نیایش
دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و
درمانی شهید بهشتی
آدرس پست الکترونیک: a.dabirian@yahoo.com

یافته های Huth و همکاران (۲۰۰۹) که با هدف ارزیابی تاثیر گذاری نوار تصویر سازی ذهنی هدایت شده در کاهش درد بعد از عمل بر روی ۱۷ کودک ۷ تا ۱۲ سال تحت عمل جراحی انجام گرفت، نشان داد که نمرات مربوط به شدت درد کودکان بعد از مداخله کاهش یافته بود.

درد شایع ترین عارضه بعد از عمل جراحی است لذا از آنجا که بازی درمانی تا کنون به ندرت در بالین به خصوص در زمینه کاهش درد بعد از عمل جراحی مورد استفاده قرار گرفته است، پژوهشگر را بر آن داشت تا این پژوهش را با هدف بررسی تاثیر بازی درمانی بر درد بعد از عمل جراحی در کودکان سن مدرسه بستری در بخش جراحی بیمارستان تخصصی کودکان انجام دهد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی بود. در این پژوهش ۴۰ کودک ۸ تا ۱۲ سال بستری در بخش جراحی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. پژوهش در ۶ تا ۲۴ ساعت اول بعد از عمل جراحی انجام شد. پژوهشگر قبل از انجام مداخله شدت درد هر کودک را به طور هم زمان و با استفاده از ۲ ابزار "مقیاس عینی درد" و "مقیاس عددی درد" بررسی نمود. به این ترتیب که ابتدا با استفاده از ابزار عینی درد شدت درد کودک ارزیابی شده و پس از آن با استفاده از ابزار عددی شدت درد کودک تعیین شد. اگر شدت درد کودک متوسط و یا شدید بود، از کودک خواسته می شد در جلسه بازی درمانی شرکت نماید. بازی شامل یک جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه ای بازی مگ مغناطیسی و به این صورت بود که تعدادی اهرم، گوی و عدسی مغناطیسی در اختیار کودک قرار گرفته و از وی خواسته می شد از روی دفترچه راهنما اشکال فضایی مختلفی را بسازد. نوع اشکال از ابتدا تا انتهای دفترچه به ترتیب پیچیده تر می شد. البته کودک با توجه به قوه تخیل خود می توانست تغییراتی نیز در اشکال ایجاد کرده و یا اشکال دیگری را بسازد. شدت درد کودک بلافاصله بعد از جلسه بازی و ۱۵ دقیقه بعد از اتمام بازی، با استفاده از ۲ ابزار ذکر شده مجدداً بررسی شد. در گروه شاهد هیچ مداخله ای صورت نگرفته و کودک مراقبت های معمول بخش (دارو درمانی و پانسمان) را دریافت می کرد. شدت درد در گروه شاهد در ۳ مرحله یعنی قبل، بلافاصله بعد از مراقبت ها (۴۵ دقیقه بعد از بررسی اول) و ۱۵ دقیقه بعد از انجام مراقبت های معمول (در همان فواصل در نظر گرفته شده برای گروه مداخله) بررسی شد.

و همکاران، ۱۹۹۸). درد اغلب با ترس، اضطراب و تنش همراه است (Hockenberry & Wilson, ۲۰۰۷). کودکی که درد بعد از عمل جراحی دارد ممکن است دچار اضطراب، ترس و بی خوابی شود که این عوامل خود باعث تشدید درد می گردند (Tkacz Browne و همکاران، ۲۰۰۷).

تسکین درد نیاز اساسی و حق هر کودک است که یکی از اولویت ها در پرستاری به شمار می رود (Tkacz Browne و همکاران، ۲۰۰۷). پرستاران بیشتر از سایر اعضای تیم درمان وقت خود را با بیمار می گذرانند و می توانند به طور موثر با بکارگیری تدابیر مختلف درد آن ها را کاهش دهند (Niece & Mc even, ۲۰۰۷). پرستار نه تنها می تواند در تسکین درد کمک کننده باشد بلکه باعث کمک به بیمار در جهت تطابق و سازگاری با درد شده و بهتر می تواند درد خود را کاهش دهد (Perry & potter, ۲۰۰۶).

جهت تسکین درد کودکان روش های زیادی وجود دارد که یکی از آن ها تزریق داروی ضد درد می باشد. کودکان از درد ناشی از تزریقات می ترسند (آیین، ۱۳۸۱). علاوه بر این، با وجود استفاده از درمان دارویی، تسکین همیشه حاصل نمی شود زیرا عوامل دیگری از قبیل وضعیت روانی و عاطفی فرد در تسکین یا تشدید درد دخالت می کنند و شکی نیست که در بسیاری موقعیت ها پرستاران نیازمند بکارگیری شیوه های غیر دارویی درمان درد، جهت مراقبت موثر از بیماران هستند (ضرغام و علوی، ۱۳۸۷).

شیوه های غیر دارویی کنترل درد از قبیل بازی درمانی زمانی که بیماران کودک هستند، ممکن است مفید باشد (Hockenberry & Wilson, ۲۰۰۷). بازی درمانی به عنوان یکی از شیوه های انحراف فکر می تواند توسط افراد مختلف تیم درمان خصوصاً پرستار و در هر مکانی حتی در تخت کودک اجرا شود (Sabino & Almeida, ۲۰۰۶). تمامی روش های انحراف فکر بر پایه روش های رفتاری شناختی استوارند که بوسیله آن کودک توجه خود را بر روی یک موضوع خارجی متمرکز کرده، از درد جدا شده تا سازگاری خود را به حداکثر برساند (Tkacz Browne و همکاران، ۲۰۰۷).

نتایج پژوهش Polkki و همکاران (۲۰۰۸) که با هدف بررسی تاثیر آرام سازی و تصویر سازی در تسکین درد بعد از عمل جراحی بر روی ۶۰ کودک ۱۲-۸ سال بستری در بخش جراحی انجام شد، نشان داد که کودکان در گروه مداخله درد کمتری نسبت به گروه کنترل داشتند.

در این پژوهش گردآوری اطلاعات توسط پرسشنامه جمعیت شناسی و برای جمع آوری اطلاعات مربوط به شدت درد از مقیاس عددی درد و مقیاس عینی درد استفاده شده است. جهت تعیین اعتبار پرسشنامه جمعیت شناسی از روش تعیین اعتبار محتوا استفاده شد. جهت تعیین اعتبار ابزار عینی و عددی درد، از روش اعتبار ملاکی (Criterion Validity)، هم زمان (Concurrent Validity) استفاده شد. نتایج نشان داد که ضریب همبستگی پیرسون بین ابزار عددی درد و ابزار چهره ای درد، $0/89$ و ضریب همبستگی پیرسون بین ابزار عینی درد و ابزار چهره ای درد، $0/90$ بود. جهت تعیین پایایی ابزار عینی درد از روش پایایی بین مشاهده گران استفاده شده است. نتایج نشان داد که ضریب همبستگی درون گروهی برابر با $0/95$ بود.

یافته های پژوهش به کمک اس پی اس ۱۶ و آزمون های آماری تی زوجی و آزمون تی مستقل و آزمون اندازه های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

نتایج نشان داد که میانگین سن نمونه ها در دو گروه مداخله و شاهد به ترتیب، $9/2$ و $9/4$ سال بود. از میان 40 نفر نمونه

جدول ۱: مقایسه میانگین تغییرات درد در دو گروه مداخله و شاهد در کودکان سن مدرسه بستری در بخش جراحی بیمارستان فوق تخصصی

کودکان					ابزار
P	انحراف معیار	میانگین	گروه	زمان	
$<0/001$	$1/42$	$2/85$	مداخله	قبل و بلافاصله بعد از مداخله یا مراقبت معمول	عینی
	$0/74$	$-0/35$	شاهد		
	$1/3$	$2/85$	مداخله	قبل و ۱۵ دقیقه بعد از مداخله یا مراقبت معمول	
	$0/74$	$-0/35$	شاهد		
$1/00$	$0/32$	$0/00$	مداخله	بلافاصله و ۱۵ دقیقه بعد از مداخله یا مراقبت معمول	
	$0/00$	$0/00$	شاهد		
$<0/001$	$1/22$	$2/35$	مداخله	قبل و بلافاصله بعد از مداخله یا مراقبت معمول	عادی
	$0/88$	$-0/55$	شاهد		
$<0/001$	$1/31$	$2/50$	مداخله	قبل و ۱۵ دقیقه بعد از مداخله یا مراقبت معمول	
	$0/68$	$-0/40$	شاهد		
	$0/67$	$0/15$	مداخله	بلافاصله و ۱۵ دقیقه بعد از مداخله یا مراقبت معمول	
$1/00$	$0/67$	$0/15$	شاهد		

یافته بود. نتایج تغییرات شدت درد را در دو گروه معنی دار نشان داد. در پژوهش Polkki و همکاران (۲۰۰۸) نیز نتایج مشابهی بدست آمد و یافته ها نشان داد که تغییرات شدت درد بلافاصله بعد از مداخله یا مراقبت در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد از لحاظ آماری معنی دار بود. هر چند در پژوهش Polkki و همکاران (۲۰۰۸) نمونه ها جراحی های مختلفی از قبیل برداشتن آپاندیس و جراحی بر روی اندام ها

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که میانگین تغییرات شدت درد در دو گروه مداخله و شاهد قبل و بلافاصله بعد از مداخله یا مراقبت با استفاده از هر دو ابزار با هم تفاوت داشته و این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار بود، یعنی در گروه مداخله شدت درد بلافاصله بعد از مداخله کاهش یافته در حالی که در گروه شاهد شدت درد بلافاصله بعد از مراقبت های معمول افزایش

بررسی شدت درد در مرحله سوم یک ساعت بعد از مداخله انجام شده و فاصله بین بررسی مرحله دوم و سوم بیشتر بوده است در نتیجه امکان این که نمونه ها با تکیه بر حافظه کوتاه مدت خود به سوال پاسخ دهند کاهش یافته است. هر چند این احتمال در پژوهش حاضر ضعیف می باشد زیرا این مشکل با استفاده کردن از ابزار عینی و عددی درد به طور همزمان، تا حدود زیادی برطرف شده است. لذا می توان اینطور قضاوت کرد که تاثیر شیوه های انحراف فکر در فاصله ۱۵ دقیقه تا یک ساعت بعد از انجام مداخله درد کاهش می یابد.

آیین (۱۳۷۹) نیز نتایج مشابهی را در دو گروه مداخله و شاهد نشان داد. بر اساس نتایج این پژوهش تفاوت شدت درد قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه مداخله نسبت به گروه شاهد از لحاظ آماری معنی دار بود و نمونه ها در گروه شاهد نسبت به دو گروه آزمودنی، درد بیشتری را گزارش کردند.

در نهایت می توان چنین نتیجه گرفت که بازی درمانی بر کاهش شدت درد در گروه مداخله در طول زمان موثر بوده و نتایج این پژوهش تاثیر مثبت بازی درمانی را به عنوان یک مداخله پرستاری در کاهش شدت درد بعد از عمل جراحی در کودکان سن مدرسه نشان داد. این مداخله به سادگی قابل اجرا بوده و انجام آن با هزینه پایین در بالین امکان پذیر می باشد.

تشکر و قدر دانی

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجوی فاطمه براتی و به راهنمایی سرکار خانم اکرم دبیریان و همچنین طرح پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی به شماره ۸۸/۰۱/۸۶/۶۸۳۲ مورخ ۸۸/۱۲/۲۳ می باشد.

داشتند. به علاوه در این پژوهش نمونه ها از نظر سابقه بستری ها و جراحی های قبلی با یکدیگر متفاوت بودند و از میان ۳۰ نفر نمونه در گروه مداخله، ۱۳ نفر سابقه بستری نداشتند در حالی که بقیه بین ۲ تا ۵ بار سابقه بستری داشتند. لذا نمی توان به طور قطع در مورد شدت درد نمونه ها در این پژوهش قضاوت نمود چرا که اولاً جراحی های مختلف شدت درد متفاوتی را ایجاد می کند و ثانیاً سابقه بستری قبلی بر روی ادراک کودک از شدت درد تاثیر گذار است.

بعلاوه، عواملی از قبیل دریافت مسکن، زمان و تعداد دفعات دریافت مسکن همگی بر روی پاسخ کودک به درمان و شدت درد تاثیر گذارند. در پژوهش Polkki و همکاران (۲۰۰۸) در گروه مداخله ۱۹ نفر از نمونه ها قبل از مداخله مسکن دریافت کرده بودند. از میان افرادی که مسکن گرفته بودند، تعداد دفعات تجویز مسکن بین ۲ تا ۴ بار متغیر بود، در طی پژوهش نیز ۵ نفر از نمونه ها نیاز به مسکن پیدا کرده بودند که این عوامل نیز بر روی مداخله انجام گرفته و میزان تاثیر آن مؤثر بوده و قضاوت را در خصوص تاثیر مداخله دشوار می سازد.

میانگین تغییرات شدت درد قبل و ۱۵ دقیقه بعد از مداخله یا مراقبت در دو گروه مداخله و شاهد با یکدیگر تفاوت داشته و این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار بود. در پژوهش Polkki و همکاران (۲۰۰۸) تغییرات شدت درد قبل و ۱ ساعت بعد از مداخله یا مراقبت معمول در دو گروه مداخله و شاهد، از نظر آماری معنی دار نبود. احتمالاً دلیل این اختلاف بین دو پژوهش در خصوص میزان کاهش شدت درد در مرحله سوم بررسی (۱۵ دقیقه بعد از مداخله در پژوهش حاضر و یک ساعت بعد از مداخله در پژوهش Polkki و همکاران (۲۰۰۸)) این باشد که در پژوهش حاضر فاصله بین دو بررسی شدت درد بعد از مداخله یعنی بلافاصله و ۱۵ دقیقه بعد کوتاه بوده است، در حالی که در پژوهش Polkki و همکاران (۲۰۰۸)

REFERENCES

- Aeen F (2002). [Effect of relaxation and distraction on pain severity and the amount of analgesic received during the first 24 hours after surgery ENT children Resalat hospital 1379]. Journal of Shahre Kord University of Medical Sciences. 4 (4) 24-30. (Persian)
- Zargham A Alavi A (2007). Effect of bubble making on childrens, pain vessels. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 13 (1) 77-82
- Good M Chin CC (1998). The effect of western music on post-operative pain in Taiwan. Journal of Medical Sciences. 14 (21) 94-103.
- Hockenberry M Wilson D (2007). Wong's Nursing Care of Infants and Children, 8th edition, Philadelphia, Mosby Elsevier.
- Huth M et al (2009). Evaluation of the Magic Island: Relaxation for Kids© Compact Disc, Compact Disc, Pediatric Nursing. 35 (5) 290-295.

-
- Kokki H (2004) Current management of pediatric postoperative pain, Expert Review of Neurotherapeutic. 4. 295-306.
 - Niece N Mc even S (2007). Community Public Health Nursing: Promoting the Health of Population, 4th edition, New York, Elsevier Saunders Co.
 - Perry A Potter P (2006). Clinical Nursing Skills and Techniques, 6th edition, Philadelphia, Elsevier Mosby Co.
 - Polkki T et al (2008). Imagery-induced relaxation in children's postoperative pain relief: A randomized pilot study. Journal of Pediatric Nursing, 23 (3) 217-224.
 - Sabino M Almida F (2006). Therapeutic play as a pain relief strategy for children with cancer, Einstein, 4 (3)196-202.
 - Tkacz Browne N et al (2007). Nursing Care of the Pediatric Surgical Patient, 2nd edition, Massachusetts, Jones and Barilett Publishers.
 - Twycross A et al (1998). Pediatric Pain Management: A Multi-disciplinary Approach, Virginia, Radcliff Publishing.