

## تأثیر مداخلات روانی - آموزشی بر درد کودکان بعد از عمل جراحی برداشتن لوزه‌ها

زینت محبی<sup>۳</sup>

فرخنده شریف<sup>۲</sup>

\*گیتی ستوده<sup>۱</sup>

حمیدرضا طباطبایی<sup>۵</sup>

ابوالحسن فرامرزی<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** ترس از ناشناخته‌ها قبل از عمل جراحی باعث می‌شود کودکان درد بیشتری را بعد از جراحی تجربه کنند. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخلات روانی - آموزشی بر درد و بازگشت به فعالیت طبیعی کودکان بعد از عمل جراحی برداشتن لوزه‌ها در شهر شیراز انجام گرفته است. **روش بررسی:** پژوهش حاضر مطالعه شبه تجربی است. با نمونه‌گیری ساده و سیستماتیک، ۱۹۹ نفر از کودکان ۹-۱۲ ساله که جهت عمل جراحی برداشتن لوزه‌ها به بیمارستان شهید دستغیب شیراز مراجعه کرده بودند انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (۹۹ نفر گروه مداخله و ۱۰۰ نفر گروه کنترل) و مداخلات روانی - آموزشی قبل از عمل در قالب یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برای گروه آزمون اجرا شد. جهت بررسی درد نمونه‌ها، مقیاس درجه‌بندی درد به کار رفت و برای بررسی بازگشت به فعالیت طبیعی از پرسشنامه استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۱ انجام گردید و از روش‌های آماری توصیفی و آزمونهای تحلیلی معنی داری تی تست، معذور کای، طرح اندازه‌گیری‌های مکرر همراه با آزمون ال اس دی جهت مقایسه دو گروه استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج این پژوهش نشان داد مداخلات روانی - آموزشی باعث برگشت سریعتر کودکان به فعالیت طبیعی می‌شود ( $P < 0/05$ ) اما تأثیر آن بر درد بعد از عمل کودکان از نظر آماری معنی‌دار نیست ( $P = 0/316$ ). **نتیجه‌گیری کلی:** این پژوهش ارتباط معنی‌داری را میان مداخلات روانی - آموزشی و کاستن از درد بعد از عمل جراحی برداشتن لوزه‌ها نشان نداد اما می‌تواند باعث بازتوانی سریعتر کودکان بعد از جراحی شود.

**کلیدواژه‌ها:** مداخلات روانی، درد، کودکان، عمل جراحی برداشتن لوزه‌ها

تاریخ دریافت: ۹۲/۴/۲۴

تاریخ پذیرش: ۹۲/۷/۲۵

<sup>۱</sup> مربی گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران (\*نویسنده مسؤول).

Email: setoodeh@sums.ac.ir

شماره تماس: ۰۷۱۱۶۴۷۴۲۵۶

<sup>۲</sup> استاد گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

<sup>۳</sup> دانشجوی دکتری، گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

<sup>۴</sup> دانشیار گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

<sup>۵</sup> استادیار گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

## مقدمه

درد بعد از عمل یک مسئله مراقبتی عمده در زمینه‌ی سلامتی است. عوامل متعددی در کنترل ناکافی درد پس از عمل جراحی دخالت دارند از جمله داشتن عقاید و انتظارات غلط از بیماران و بررسی غیر مداوم درد<sup>(۱)</sup>.  
 Mc caffery تعریفی از درد ارائه داده است که بهترین راهنمای پرستاران در امر مراقبت به شمار می‌آید: "درد هنگامی وجود دارد که توسط بیمار بیان شود و تا مدت زمانی ادامه دارد که بیمار بگوید."<sup>(۲)</sup> مطالعات نشان می‌دهند، بررسی و مداخلات قبل از عمل می‌تواند بر شدت درد بعد از عمل و پاسخ بیمار به درد تأثیر گذارد و از سوی دیگر آموزش بیمار و خانواده و کاهش نگرانی‌ها باعث افزایش همکاری بیمار بعد از عمل در امر درمان می‌شود. مطالعه Kalkman و همکاران نشان می‌دهد، یک سری شاخص‌های اختصاصی می‌توانند جهت پیش‌بینی شدت درد بعد از عمل استفاده شوند که شامل متغیرهایی نظیر سن کم، جنس، سطح درد قبل از عمل، سائز برش جراحی و نوع جراحی است<sup>(۳)</sup>. البته مدل ارائه شده توسط Kalkman و همکاران نیاز به بررسی بیشتری دارد<sup>(۱)</sup>.

در سال‌های اخیر توجه بیشتری به درد کودکان معطوف شده است. قبلاً تصور می‌شد کودکان از تکامل عصبی لازم جهت درک درد برخوردار نیستند؛ در صورتی که امروزه ثابت شده است که عدم کنترل کافی درد در کودکی باعث اختلال در پاسخ درد در بزرگسالی خواهد شد. هم‌چنین کودکان می‌توانند درد را به عنوان یک تنبیه برای اعمال خود تلقی کنند<sup>(۲)</sup>.

عمل جراحی برداشتن لوزه‌ها یکی از رایج‌ترین اعمال جراحی گوش و حلق و بینی در سراسر دنیا است. آمار دقیقی از چگونگی شیوع درد بعد از این عمل در ایران در دست نیست. طی یک مطالعه در آلمان شیوع درد بعد از عمل جراحی برداشتن لوزه‌ها بین ۴۰ تا ۷۳ درصد برآورد شده است<sup>(۴)</sup>. درد یکی از مهمترین مشکلات این بیماران است که می‌تواند باعث ترس و خودداری از

تغذیه شود که این عامل منجر به کاهش مایعات بدن می‌شود. بنابراین یکی از اهداف مهم برای مقابله با کاهش میزان مایعات بدن و آسان‌سازی تغذیه دهانی، کاهش میزان درد بعد از عمل جراحی است<sup>(۲)</sup>. شدت درد بعد از عمل جراحی برداشتن لوزه‌ها در محدوده‌ی خفیف تا متوسط گزارش شده است<sup>(۳)</sup>. درد ملایم علائم رفتاری کمی نظیر تغییر حالت چهره و فشار در صورت، گریه، بی‌قراری و حفاظت ناحیه‌ی دردناک و مقاومت در برابر حرکت را به همراه دارد، اما درجات شدیدتر درد علاوه بر علائم رفتاری فوق، یک سری علائم عاطفی هم‌چون تحریک پذیری، گوشه‌گیری، اضطراب، افسردگی، ترس، خشم، بی‌اشتهایی، ناامیدی و درماندگی را نیز به همراه دارد<sup>(۲)</sup>.

تنش ناشی از درد حاد بعد از عمل می‌تواند باعث افزایش قابلیت انعقادپذیری و تخریب ایمنی درونی و سازشی شود. عواقب شدید ناشی از این عوارض نیز افزایش خطر عفونت‌های پس از جراحی است<sup>(۵)</sup>.

براساس نظریه‌ی فروید آماده‌سازی جهت عمل جراحی در کودکان کوچکتر لازم است حتی‌الامکان نزدیک به روز عمل باشد زیرا آماده‌سازی پیش از موقع باعث افزایش ترس و اضطراب در کودک خواهد شد<sup>(۶)</sup>.

بیماران در جلسه‌ی مداخلات روانی-آموزشی بیماری خود را بهتر می‌شناسند و منطق درمانی خود را درمی‌یابند، هم‌چنین طراحی از مراقبت‌های لازم پس از ترخیص و تأثیر آنها در بهبودی هرچه سریعتر خود را می‌آموزند<sup>(۷)</sup>. هدف مداخلات روانی-آموزشی اطلاع‌رسانی مناسب به بیمار است به طوری‌که بیمار احساس تسلط بر خود و محیط بیمارستان را داشته باشد<sup>(۸)</sup>. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخلات روانی-آموزشی بر درد و بازگشت به فعالیت طبیعی کودکان بعد از عمل جراحی برداشتن لوزه‌ها در شهر شیراز انجام گرفته است.

## روش بررسی

این مطالعه از نوع مداخله‌ای و شبه تجربی بوده و نمونه‌گیری به صورت ساده و سیستماتیک انجام شد. پژوهشگر پس از تصویب طرح و اخذ مجوز لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، به بیمارستان شهید دستغیب که دارای بیشترین آمار اعمال جراحی سرپایی گوش و حلق و بینی کودکان می باشد، مراجعه نمود. بیمارستان شهید دستغیب روزانه حدود ۲۰ تا ۳۰ مراجعه کننده جهت عمل جراحی برداشتن لوزه ها دارد. پژوهشگر از پانزده روز قبل از مداخله در کلینیک بیمارستان حضور یافته و به هر مراجعه کننده پس از معاینه پزشک و اخذ نوبت عمل در صورت داشتن شرایط ورود یک شماره تخصیص داد. از میان ۴۰۰ شماره به دست آمده ۲۰۰ نفر باید انتخاب می شدند بنابراین با استفاده از جدول اعداد تصادفی نفر اول گروه مداخله مشخص گردید و نفرات بعدی بطور سیستماتیک با اضافه کردن ۲ به شماره نفر اول انتخاب شدند. نهایتاً تعداد ۱۹۹ نفر (۹۹ نفر برای گروه مداخله و ۱۰۰ نفر برای گروه کنترل) برای پژوهش حاضر برگزیده شدند زیرا یک نفر به دلیل عدم مراجعه یک ماه بعد از کل نمونه های گروه مداخله حذف گردید. تعداد نمونه با توجه به مطالعات مشابه و با اندازه اثر ۰.۴۰٪، توان آزمون ۸۰٪ و میزان اطمینان ۹۵٪ و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه تعیین شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود: ۱- تمایل کودک و والدین جهت شرکت در مطالعه ۲- امضای رضایت نامه آگاهانه توسط والدین ۳- تعهد جهت حضور یکی از والدین همراه کودک در جلسه مداخلات ۴- عدم وجود عقب افتادگی ذهنی کودک، مشکلات روانی واضح در والدین و سابقه عمل جراحی قبلی در کودک بود. معیار خروج از مطالعه شامل عدم همکاری والدین تا پایان مطالعه بود.

کلیدی نمونه‌ها توسط یک جراح و با روش جراحی یکسان و تحت بیهوشی عمومی یکسان مورد عمل قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس درجه‌بندی درد VAS (Visual Analogue Scale) بود که شامل ۵ واژه‌ی توصیفی از «بدون درد» در یک انتها تا «بدترین درد ممکن» در انتهای دیگر و نیز همراه با چهره‌هایی زیر هر واژه و مربوط به آن است. نمره‌گذاری مقیاس درجه‌بندی درد از ۰ - ۴ منظور گردید. این مقیاس توسط مادران در سیزده نوبت: روز اول تا دهم و روزهای ۲۸، ۲۹ و ۳۰ بعد از عمل و چهار بار در روز: بعد از صبحانه، ناهار، شام و قبل از خواب، با نگاه کردن به صورت کودکان در موقعیت‌های خواسته شده تکمیل گردید. با توجه به مرور متون و مقالات مرتبط برای کاستن عوامل مخدوش کننده و نیز با توجه به اینکه تعدادی از کودکان بعد از عمل از صحبت کردن و همکاری به منظور تکمیل پرسشنامه امتناع می کردند، تصمیم بر این گرفته شد که مادران پرسشنامه ها را تکمیل کنند. توجیه بررسی سیزده نوبت برای مقیاس درد، با توجه به ادامه گزارشات ده روزه درد در مطالعات مشابه و نیز زمانهای اوج درد گلو و گوش پس از صرف وعده های غذایی و قبل از خواب بوده است<sup>(۹)</sup>. با توجه به موارد فوق پژوهشگر برآن شد که بررسی درد را تا ده روز پس از عمل و نیز سه روز آخر ماه نخست بعد از عمل (جهت اطلاع از وجود هرگونه درد باقیمانده احتمالی) انجام دهد. روایی همزمان مقیاس درجه‌بندی درد با مقیاسهای معتبر دیگر نظیر Mc Scale Gill که ابزاری معتبر در اندازه‌گیری درد کودکان است، نشان داد که مقیاس درجه‌بندی درد نیز ابزاری روا برای هدف فوق می‌باشد<sup>(۱۰)</sup>. خداکرمی جهت تأیید روایی مقیاس درجه‌بندی درد از روش بررسی اعتبار محتوایی و جهت پایایی مقیاس مذکور از آزمون هم ارزی استفاده نمود<sup>(۱۱)</sup>.

مداخلات روانی - آموزشی جهت کودکان گروه آزمون و والدین آنها در گروه‌های ۶ نفره اجرا گردید. جهت

حاوی اطلاعات مفصل تر به والدین ارائه شد. برای کودکان در گروه کنترل هیچگونه مداخله ای از جانب پژوهشگر انجام نشد. طبق روال معمول بخش، پرسنل اطلاعات مختصری از جمله لزوم حضور به موقع جهت عمل جراحی و عدم صرف غذا از شش ساعت قبل از عمل را به صورت شفاهی به والدین هر دو گروه انتقال می دادند. اطلاعات گروه کنترل صرفاً برای مقایسه با گروه مداخله جمع آوری گردید.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱ استفاده گردید. روش‌های آماری توصیفی و آزمونهای تحلیلی معنی داری تی تست، مجذور کای، طرح اندازه‌گیری‌های مکرر (Measurement Repeated Design) همراه با آزمون ال اس دی جهت مقایسه دو گروه استفاده گردید.

#### یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۱۹۹ کودک مورد مطالعه قرار گرفتند (۹۹ نفر در گروه مداخله و ۱۰۰ نفر در گروه کنترل) که از این تعداد ۱۰۶ نفر دختر (۵۳/۳ درصد) و ۹۳ نفر پسر (۴۶/۷ درصد) بودند. میانگین سنی کودکان در گروه آزمایش ۱۰/۲۶ سال و در گروه کنترل ۱۰/۳۹ سال بوده است. اختلاف معنی داری از نظر جنس و سن بین دو گروه وجود نداشت ( $p=0/25$ ). میانگین نمره‌ی درد به طور پیوسته طی ده روز اول بعد از عمل و نیز روزهای ۲۸، ۲۹ و ۳۰ بعد از عمل در هر دو گروه آزمون و کنترل سنجیده شده است (جدول شماره ۱). براساس نتایج به دست آمده در این جدول میانگین درد در گروه آزمایش در کل زمان‌های بعد از عمل به جز روز سوم کمتر از گروه کنترل بوده است، اما از نظر آماری معنی دار نبود.

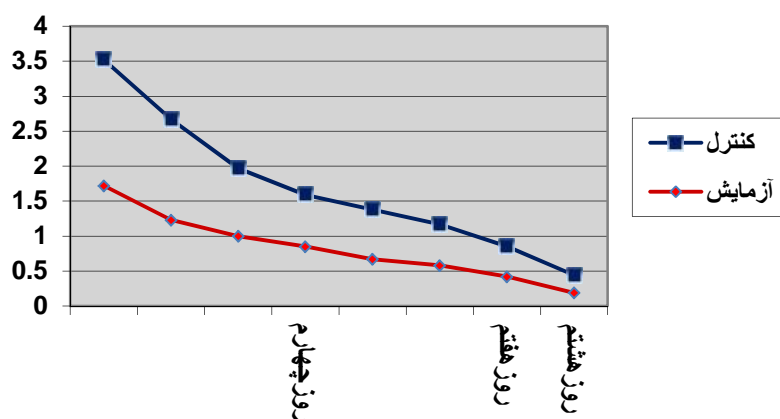
اطمینان خاطر کودکان و نیز افزایش تأثیر مداخلات، والدین همراه با کودکان در یک جلسه مداخلات روانی - آموزشی شرکت داشتند. مداخلات روانی - آموزشی، پروتکلی روانشناختی است که طی آن با تأثیر بر پنداشت و درک فرد (از طریق آموزش و بازی نقش یا مشاهده فیلم) و از سوی دیگر سهیم کردن فرد در مداخلات درمانی (شرح مراحل کار، واگذاری اختیار به فرد، پاسخ به پرسشها) سعی می شود از اضطراب ناشی از ناشناخته‌ها کاسته و به دنبال آن شرایط را برای کسب تجربه ای آسان تر هموار کنیم. در مطالعه حاضر، مداخلات روانی- آموزشی شامل آماده‌سازی با استفاده از فیلم آموزشی، مصاحبه، پرسش و پاسخ و ارائه کتابچه‌ی آموزشی حاوی اطلاعات مفصل‌تر بود. فیلم آموزشی ۲۰ دقیقه و شامل کلیه مراحل بود که کودکان از زمان پذیرش در بخش گوش و حلق و بینی تا انتقال به اتاق عمل و گرفتن بیهوشی و سپس به هوش آمدن، انتقال به بخش، دیدار والدین و ترخیص طی می کردند. تمام صحنه‌ها در محیط واقعی و توسط پرسنل واقعی ضبط گردید. نقش بیمار را یک کودک ۱۱ ساله آموزش دیده به عهده داشت که در کنار یک بچه خرگوش برای جراحی برداشتن لوزه‌ها به بیمارستان شهید دستغیب مراجعه کرده بودند. کودکان با مشاهده فیلم نه تنها با محیط و پرسنل بیمارستان و اتاق عمل آشنا می شدند بلکه می دانستند که در هر مرحله چه اقدامی در حال اجراست و علت آن چیست. فیلمنامه و سناریوها در دو مرحله قبل و بعد از فیلمبرداری به تأیید یک روان پزشک کودک و یکی از اساتید روانشناسی دانشگاه شیراز رسید. پس از مشاهده فیلم به پرسش‌های کودکان و والدین پاسخ داده شد و در مورد برخی نگرانی‌های شایع و مراقبت‌های پس از ترخیص صحبت شد و کتابچه‌ی

جدول شماره ۱: نمرات درد در دوره یک ماهه بعد از عمل جراحی برداشتن لوزه ها و مقایسه آن بین دو گروه آزمایش و کنترل

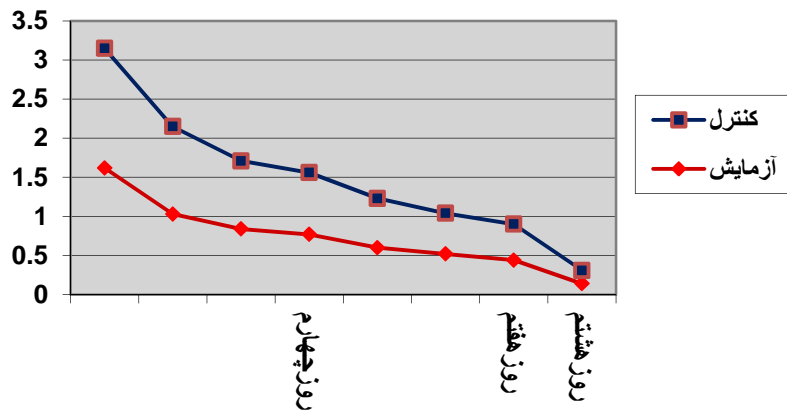
آزمون تی تست p-value	کنترل	آزمایش	گروه درد
	(انحراف معیار) ± میانگین	(انحراف معیار) ± میانگین	روز
۰/۸۶	۱/۴۷±(۰/۹۱)	۱/۴۶±(۰/۹۱)	۱
۰/۴۲	۱/۱۵±(۰/۸۵)	۱/۰۴±(۰/۸۶)	۲
۰/۴۶	۰/۷۵±(۰/۶۶)	۰/۸۲±(۰/۷۳)	۳
۰/۸۳	۰/۷۲±(۰/۶۶)	۰/۷۰±(۰/۶۷)	۴
۰/۷۹	۰/۶۹±(۰/۶۸)	۰/۶۶±(۰/۷۳)	۵
۰/۷۹	۰/۵۳±(۰/۶۷)	۰/۵۰±(۰/۶۹)	۶
۰/۸۴	۰/۴۱±(۰/۶۳)	۰/۳۹±(۰/۶۸)	۷
۰/۶۷	۰/۱۷±(۰/۳۳)	۰/۱۴±(۰/۳۱)	۸
۰/۲۰	۰/۰۶±(۰/۲۶)	۰/۰۲±(۰/۱۴)	۹
۰/۳۰	۰/۰۴±(۰/۲۲)	۰/۰۱±(۰/۱۰)	۱۰
۰/۱۵	۰/۰۱±(۰/۱۱)	۰/۰۰±(۰/۰۰)	۲۸
۰/۲۲	۰/۰۱±(۰/۱۰)	۰/۰۰±(۰/۰۰)	۲۹
۰/۳۲	۰/۰۱±(۰/۱۰)	۰/۰۰±(۰/۰۰)	۳۰

میانگین نمره درد در گروه آزمایش در کل زمان های بعد از عمل، به جز روز سوم کمتر از گروه کنترل بوده است اما تفاوت میانگین درد در دو گروه، علی‌رغم وجود تفاوت‌های عددی، از نظر آماری معنی‌دار نبود ( $P=0.06$ ).

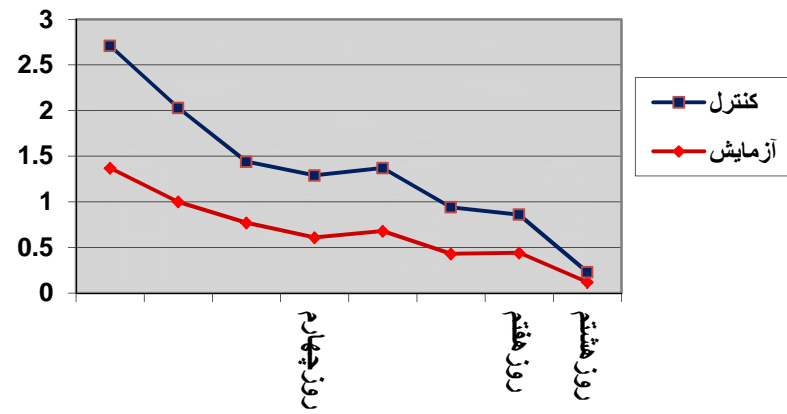
میانگین نمره درد بعد از عمل در دو گروه آزمایش و کنترل طی ۸ روز اول بعد از عمل و در چهار موقعیت شبانه‌روز با یکدیگر مقایسه شد. (نمودارهای شماره ۱ الی ۴). براساس نتایج پژوهش، میانگین درد در کودکان هر دو گروه آزمون و کنترل به مرور زمان کاهش یافته است.



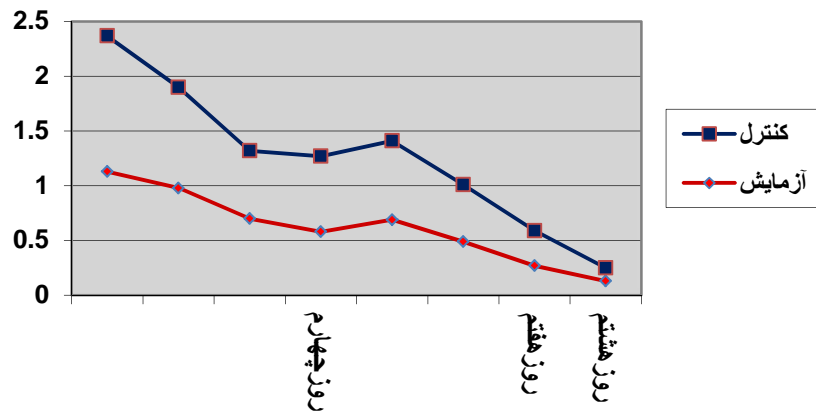
نمودار شماره ۱: مقایسه میانگین نمرات درد بعد از صبحانه، طی ۸ روز اول بعد از عمل در دو گروه آزمایش و کنترل



نمودار شماره ۲: مقایسه میانگین نمرات درد بعد از نهار، طی ۸ روز اول بعد از عمل در دو گروه آزمایش و کنترل



نمودار شماره ۳: مقایسه میانگین نمرات درد بعد از شام، طی ۸ روز اول بعد از عمل در دو گروه آزمایش و کنترل



نمودار شماره ۴: مقایسه میانگین نمرات درد قبل از خواب، طی ۸ روز اول بعد از عمل در دو گروه آزمایش و کنترل

پاسخ مادران به سؤال سوم نشان داد که کودکان گروه آزمایش به طور میانگین از روز ۴/۴۱ قادر به بازی و فعالیت طبیعی بودند، در حالیکه کودکان گروه کنترل به طور میانگین از روز ۵/۳۰ قادر به بازی و فعالیت طبیعی بودند. بر این اساس تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر بازگشت به بازی و فعالیت طبیعی وجود داشت که در بازتوانی کودکان بعد از عمل جراحی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ به این معنی که کودکان گروه آزمون به طور میانگین یک روز زودتر از کودکان گروه کنترل قادر به شروع بازی و فعالیت طبیعی بوده‌اند ( $P = ۰/۰۳$ ) (جدول شماره ۲).

جهت کاهش دخالت سوگیری ذهنی مادران حین پر کردن مقیاس درجه‌بندی درد، بازگشت به فعالیت طبیعی کودکان به عنوان پیامد ثانویه مورد سنجش قرار گرفت. به این منظور ۳ سؤال باز به مقیاس درجه بندی درد اضافه گردید که توسط مادران پاسخ داده شد. این سؤالات عبارت بودند از:

- ۱- کودک شما از روز چندم بعد از عمل در حالت عادی درد نداشت؟
- ۲- کودک شما از روز چندم توانست غذایی معمولی و در مقدار معمولی مصرف کند؟
- ۳- کودک شما از روز چندم بعد از عمل توانست بازی کند و فعالیت طبیعی داشته باشد؟

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین روز بازگشت به فعالیت طبیعی در کودکان دو گروه آزمایش و کنترل \* معنی داری آماری

p-value	انحراف معیار	کنترل (روز بعد از عمل)	آزمایش (روز بعد از عمل)	
۰/۰۶۵	۰/۴۲	۶/۲۵	۵/۷۶	کودک شما از روز چندم بعد از عمل در حالت عادی درد نداشت؟
۰/۰۹	۰/۵۱	۵/۷۱	۵/۱۴	کودک شما از روز چندم بعد از عمل توانست غذایی معمولی و در مقدار معمولی مصرف کند؟
*۰/۰۳	۰/۶۴	۵/۳۰	۴/۴۱	کودک شما از روز چندم بعد از عمل توانست بازی کند و فعالیت طبیعی داشته باشد؟

قبل از عمل جراحی برداشتن لوزه‌ها باعث بازتوانی بهتر و سریع‌تر کودکان بعد از عمل جراحی می‌گردد. در مطالعه Huth و همکاران که با هدف تعیین تأثیر تصورات مثبت قبل و بعد از عمل جراحی برداشتن لوزه در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله انجام شد، مشخص گردید بیماران که مداخلات را دریافت نموده‌اند درد کمتری را بعد از عمل گزارش کردند<sup>(۱۳)</sup>. با توجه به این مسئله که کودکان با روش تزریق دارو اطراف لوزه‌ها، تا ساعاتی بعد از عمل بیحس بوده‌اند. همچنین، عمل جراحی به روش کرایو صورت گرفته بود که درد و خونریزی

### بحث و نتیجه‌گیری

یکی از مشکلات شایع بعد از جراحی لوزه در کودکان درد است. درد یک مسئله پیچیده و ذهنی است. اندازه درد به تجربه شخصی، عوامل اجتماعی، سطح اضطراب فردی، درک شخص و توانایی فرد برای توصیف نوع و شدت آن بستگی دارد؛ در حالیکه جنبه‌های عاطفی درد نیز نقش مهمی در کنترل آن دارند<sup>(۱۲)</sup>. در پژوهش حاضر تأثیر مداخلات روانی- آموزشی بر درد بعد از جراحی برداشتن لوزه در دو گروه آزمایش و کنترل با هم مقایسه گردید. یافته‌ها نشان داد که مداخلات روانی- آموزشی

کمتری را نسبت به روش سنتی برداشتن لوزه ها ایجاد می کند.

نتایج مطالعه متآنالیز Eccleston و همکاران نشان داد رفتار درمانی شناختی در زمینه کنترل درد کودکان مبتلا به دل درد مزمن مؤثر بوده است<sup>(۱۴)</sup>. با توجه به اختلاف ماهیت درد بعد از اعمال جراحی به دلیل لخت شدن انتهای اعصاب ناحیه در مقایسه با دل درد مزمن بدون منشأ آناتومیک احتمال توجیه معنی دار شدن تفاوت میزان درد در دو گروه وجود دارد.

Li و همکاران در یک مطالعه مشابه دریافتند مداخلات روانی- آموزشی تأثیر معنی داری بر درد بعد از عمل جراحی برداشتن لوزه در کودکان ندارد<sup>(۱۵)</sup>. همچنین نتایج مطالعات Lamontagne و همکاران مؤید این مطلب بود که مداخلات روانی- آموزشی تأثیر معنی داری بر کاهش درد بعد از اعمال جراحی ارتوپدی در کودکان ندارد<sup>(۱۶)</sup>.

در مطالعه حاضر، بنا به ملاحظات اخلاقی مصرف مسکن، بعد از عمل منع نگردید و پزشک به هر دو گروه توصیه نموده بود به مجرد احساس درد مسکن مصرف کنند که این مسئله می تواند بر میزان درد بعد از عمل نقش داشته باشد. در این مطالعه، اگرچه مداخلات روانی- آموزشی تأثیر معنی داری بر کاهش درد بعد از عمل جراحی کودکان نداشته اما با توجه به تفاوت های عددی به دست آمده، پیشنهاد می شود تحقیقات بعدی با نمونه های بیشتری انجام گردد.

امروزه می دانیم که میزان درد بستگی به شدت محرک دردآور و درک فرد از درد دارد. از آنجا که در پژوهش حاضر شدت محرک دردآور به وسیله ی یکسان سازی روش جراحی و شخص جراح کنترل گردیده بود و از سوی دیگر تأثیر بر درک فرد نیازمند زمان طولانی تری

است، می توان نتیجه گرفت که احتمالاً درک کودکان از درد چندان تحت تأثیر مداخلات روانی - آموزشی قرار نگرفته و یا آن که درک کودک از درد غیر از ترس از ناشناخته ها، به عوامل دیگری از جمله مفهوم درد برای کودک و تجارب قبلی از درد نیز بستگی داشته که مداخلات روانی - آموزشی بر کلیه ی این عوامل تأثیرگذار نبوده است. علاوه بر این، اغراق در اظهار درد در جهت کسب توجه و محبت از جانب افراد خانواده به خصوص مادر می تواند از جمله علل احتمالی عدم تفاوت معنی دار در میانگین درد بعد از عمل بین دو گروه آزمایش و کنترل باشد.

کاربرد نتایج این پژوهش جهت کلیه بیمارستانهای اطفال می باشد. به نظر می رسد آماده سازی روانی کودکان در بیمارستان ها از اهمیت ویژه ای در رابطه با توانبخشی بهتر و سریعتر کودکان و کاهش احتمالی عوارض برخوردار است.

به نظر می رسد با توجه به اهمیت کنترل درد بعد از عمل لوزه در کودکان مطالعات دیگری با حجم نمونه بیشتر جهت بررسی درد ضروری است؛ همچنین پیشنهاد می شود، مداخلات روانی- آموزشی برای سنین نوجوانی نیز انجام گردد.

### تقدیر و تشکر

پژوهشگران تشکر صمیمانه خود را از پرسنل و مسئولین پرستاری بیمارستان شهید دستغیب شیراز که در اجرای این طرح ما را یاری رساندند و نیز معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به دلیل حمایت مالی پروژه ابراز می دارند.

ضمناً هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.



## فهرست منابع

- 1- Dunwoody CJ, Krenzischek DA, Pasero C, Rathmell JP, Polomano RC. Assessment, physiological monitoring, and consequences of inadequately treated acute pain. *Journal of Peri Anesthesia Nursing*. 2008; 23(1):S15-S27.
- 2- Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn P. Fundamentals of Nursing: the Art and Science of Nursing Care. Lippincott: Williams&Wilkins;2008: 1369- 1373.
- 3- Kalkman C, Visser K, Moen J, Bonsel G, Grobbee D, Moons K. Preoperative prediction of severe postoperative pain. *Pain*. 2003;105 (3):415-23.
- 4- Ayatollahi V, Behdad S, Hatami M, Moshtaghiun H, Baghianimoghadam B. [Comparison of peritonsillar infiltration effects of ketamine and tramadol on post tonsillectomy pain: a doubleblinded randomized labeocontrolled clinical trial]. *Croat Med J*. 2012;53(2):155-61. Persian
- 5- Plante J, Turgeon AF, Zarychanski R, Lauzier F, Vigneault L, Moore L, et al. Effect of systemic steroids on post-tonsillectomy bleeding and reinterventions: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2012;345: 1-16.
- 6- Sommer M, Geurts JW, Stessel B, Kessels AG, Peters ML, Patijn J, et al. Prevalence and predictors of postoperative pain after ear, nose, and throat surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;135(2):124-30.
- 7- Pagé MG, Stinson J, Campbell F, Isaac L, Katz J. Pain-related psychological correlates of pediatric acute post-surgical pain. *J Pain Res*. 2011;5:547-58.
- 8- Delucia- Waack JL, Gerrity DA, Kalodner CR. Group counselling and psychotherapy. Sage Publications; 2004: 359- 361.
- 9- Goldman JL, Baugh RF, Davies L, Skinner ML, Stachler RJ, Brereton J, et al. Mortality and major morbidity after tonsillectomy. *Laryngoscope*. 2013;123(10):2544-53.
- 10- Gift AG. Visual analogue scales: measurement of subjective phenomena. *Nurs Res*. 1989;38(5):286-7.
- 11- Khoda Karami N, Safarzadeh A, Fathizadeh N. [Effect of massage therapy on severity of pain and outcome of labor in primipara]. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2008;12(1):6-9.Persian
- 12- Scheuber K, Becke K. Outpatient anesthesia for children. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2013;48(3):192-9.
- 13- Huth MM, Broome ME, Good M. Imagery reduces children's post-operative pain. *Pain*. 2004;110(1):439-48.
- 14- Eccleston Z, Eccleston C. Interdisciplinary management of adolescent chronic pain: developing the role of physiotherapy. *Physiotherapy*. 2004;90(2):77-81.
- 15- Li HChW, Lopez V, lee TL. Psycho-educational preparation of children for surgery: the importance of parental involvement. *Patient Educ Couns* 2007; 65(1): 34- 41.
- 16- LaMontagne LL, Hepworth JT, Salisbury MH. Anxiety and postoperative pain in children who undergo major orthopedic surgery. *Appl Nurs Res*. 2001;14(3):119-24.

## The Effect of Preoperative Psycho- educational Intervention on Postoperative Pain in Children Undergoing Tonsillectomy

\*Setoodeh G., MS.<sup>1</sup>

Sharif F., PhD<sup>2</sup>

Mohebbi Z., PhD Cand<sup>3</sup>.

Faramarzi A., PhD<sup>4</sup>

Tabatabaee HR., MS<sup>5</sup>

### Abstract

**Background & Aim:** Fear of unknowns before a surgery makes children to experience more pain after these procedures. This study was performed to examine the effect of preoperative psycho- educational interventions on postoperative pain and return to normal life in children undergoing tonsillectomy in Shiraz city.

**Material & Methods:** It was a quasi- experimental study. Convenience- systematic sampling was used to recruit 199, 9 - 12 years old children admitted for tonsillectomy to Dastgheib hospital in Shiraz city. They were randomly assigned to either experimental (n=100) or control group (n=99). The experimental group received psycho- educational interventions including a 45- minute session. Postoperative pain was assessed by Visual Analogue Scale (VAS) and return to normal activity was evaluated by a brief questionnaire. Data was analyzed by t-test, Chi-square test and repeated measurements design using SPSS-PC (v. 11).

**Results:** The results revealed that psycho-educational interventions results in rapid return to normal activity in experimental group ( $p < 0.05$ ) but it has no statistically significant effect on post-operative pain ( $p = 0.316$ ).

**Conclusion:** The study provided no empirical evidence in support of effectiveness of using psycho-educational interventions for reducing postoperative pain in children but it could be an effective method for rehabilitation of children after tonsillectomy.

**Key words:** Psychological intervention, Pain, Children, Tonsillectomy.

Received: 15 Jul 2013

Accepted: 17 Oct 2013

---

<sup>1</sup> Master Degree, Psychiatric Nursing Dept., School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran ( Corresponding author). Tel: +98-07116474256 Email: [setoodeh@sums.ac.ir](mailto:setoodeh@sums.ac.ir)

<sup>2</sup> Professor, Psychiatric Nursing Dept., School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

<sup>3</sup> PhD Cand., Department of Medical- surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

<sup>4</sup> Associate Professor, Department of ENT, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

<sup>5</sup> Assistant Professor, Department of Epidemiology, School of Public Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran