

« زن و مطالعات خانواده»

سال دهم - شماره سی و هشتم - زمستان ۱۳۹۶

ص ص: ۱۵۵-۱۷۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۳/۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۸/۲۹

بررسی موانع خانوادگی، فردی و پرسنلی کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان (بالای ۱۸ سال)^۱

سکینه عزیزی^۲

دکتر آزاد رحمانی^۳

چکیده

مطالعه حاضر با هدف تعیین موانع کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان انجام گردید. جامعه مورد مطالعه شامل سه گروه بود. گروه اول تمام بیمارانی بودند که در زمان انجام مطالعه جهت دریافت خدمات درمانی و تسکینی به بیمارستان شهید قاضی طباطبائی تبریز مراجعه می‌نمودند. گروه دوم، از افراد خانواده بیماران مورد بررسی و گروه سوم تمام پرسنل درمانی بودند که در بیمارستان‌های آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به سرطان فعالیت داشتند. حجم نمونه تحقیق شامل ۱۲۲ بیمار و ۴۴ عضو خانواده و ۵۴ پرسنل درمانی بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد (Barriers to pain management) بود. برای مقایسه موانع کنترل درد بین بیماران، اعضای خانواده آنان و پرسنل درمانی از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد. بر اساس نتایج به دست آمده: بیماران نگرش مثبتی در باره کنترل درد در مبتلایان به سرطان داشتند. در مورد اعضای خانواده نیز یافته‌ها نشان داد بسیاری از آنها نسبت به قابل کنترل بودن درد سرطان تردید دارند. همچنین، همانند بیماران، اعضای خانواده آنان نیز تا حد زیادی نگران تاثیرات منفی استفاده از داروهای مخدر بر روی بیماران خود هستند. یکی از اهداف دیگر این مطالعه بررسی موانع درد از نظر پرسنل درمانی بود. در این راستا نتایج مطالعه نشان داد ترس اصلی پرسنل درمانی شرکت کننده در مطالعه از عوارض جانبی داروها و عدم تاثیر در آینده در صورت استفاده زیاد از داروهای مخدر است.

واژگان کلیدی: بیماری سرطان، درد، موانع کنترل درد

۱. مقاله حاضر از طرح پژوهشی با بودجه دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، با همین عنوان، استخراج گردیده است.

۲. استادیار، گروه پرستاری، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز- ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی تبریز، تبریز- ایران.

مقدمه

سرطان یکی از علت‌های مهم مرگ و میر در سراسر جهان است. این بیماری در سال ۲۰۰۷ منجر به ۷/۹ میلیون مرگ و میر شده که این معادل ۱۳ درصد کل مرگ و میرها در آن سال است. شایان ذکر است که مرگ و میر سرطان به صورت روز افزونی در حال گسترش است به طوری که پیش‌بینی شده است که در سال ۲۰۳۰ این میزان به ۱۲ میلیون نفر افزایش یابد (سجادی و همکاران، ۲۰۰۵: ۳۵۹). در ایران نیز مشخص شده است که میزان بروز سرطان در سال ۲۰۰۴ میلادی ۹۸ در صد هزار برای زنان و ۱۱۰ درصد هزار برای مردان بوده است. همچنین، این مطالعه نشان داد که در همان سال میزان مرگ و میر سرطان ۴۱/۱ درصد هزار برای زنان و ۶۵ درصد هزار برای مردان بوده است. به این ترتیب در کشور ایران هر ساله حدود ۵۱ هزار مورد جدید سرطان تشخیص داده شده و ۳۵ هزار مورد مرگ نیز ناشی از این بیماری ثبت می‌شود (موسوی و همکاران، ۲۰۰۹: ۵۵۶). گفتنی است که با این محاسبات میزان مرگ و میر و بروز سرطان در ایران پایین‌تر از میزان جهانی است که دلیل اصلی آن نیز ضعف سیستم ثبت سرطان در کشور ایران عنوان شده است (سجادی و همکاران، ۲۰۰۵: ۳۵۹) و (موسوی و همکاران، ۲۰۰۹: ۵۵۶).

بیماری سرطان ویژگی‌های خاصی دارد که با هیچ بیماری شناخته شده‌ای قابل مقایسه نیست (لانگ هورن و فولتون، ۲۰۰۷) (کیارنی و ریچاردسون، ۲۰۰۰). اگرچه امروزه با پیشرفت‌های زیاد ایجاد شده در درمان سرطان حدود یک سوم بیماران مبتلا به سرطان از این بیماری بهبود می‌یابند ولی هنوز سرطان تأثیرات عمیقی بر بیماران و خانواده آنان می‌گذارد و سبب تجربه تنش زیاد توسط این افراد می‌شود (رینولدس، ۲۰۰۸: ۲۵۹). درد یکی از شایع‌ترین علائم و در عین حال پر استرس‌ترین علائم همراه با سرطان است (لای و همکاران ۲۰۰۲: ۴۱۵). درد سرطان می‌تواند با شدت‌های متفاوت بوده و در محل تومور اولیه یا در محل‌های متاستاز ایجاد شود (ویلز و هیپ ورد و همکاران، ۲۰۰۳: ۳۴۴). نتیجه برخی مرورهای سیستماتیک نشان داده است که شایع‌ترین علامت همراه با سرطان درد است و این درد را با توجه به مراحل سرطان می‌توان به صورت زیر گزارش نمود: ۱) ۴۸ درصد بیماران در مراحل اولیه سرطان درد را تجربه می‌نمایند؛ ۲) ۵۹ درصد افراد تحت درمان سرطان درد را تجربه می‌نمایند؛ ۳) ۶۴ درصد تا ۷۴ درصد افراد دارای سرطان پیشرفته درد را تجربه می‌نمایند (زازا و باین، ۲۰۰۲: ۵۲۶). امروزه، نتایج مطالعات زیادی نشان داده است که عدم کنترل کافی درد در بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند منجر به اثرات فیزیکی، عاطفی و اجتماعی بسیار زیادی برای بیماران مبتلا به سرطان شود. شدت این ناراحتی به حدی است که حتی ممکن است شدت این درد سبب ایجاد بحران معنوی برای بیماران شود (آرآندا و همکاران، ۲۰۰۴: ۳۳۶). اهمیت کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان در حدی است که امروزه نتایج برخی مطالعات نشان داده‌اند که کنترل درد بیماران با بقای بیماران و متاستاز بیماری نیز مرتبط است (گانارسدوتیر و همکاران، ۲۰۰۲: ۳۸۵).

متأسفانه علی‌رغم تمامی موارد بالا مشخص شده است که درد بیماران مبتلا به سرطان بخوبی کنترل نمی‌شود و این عدم کنترل برخلاف پیشرفت‌های زیاد ایجاد شده در این زمینه، ادامه دارد. نتایج مطالعات متعددی در اروپا نشان داده است که در ۱۶ درصد تا ۹۱ درصد موارد درد بیماران مبتلا به سرطان بخوبی کنترل نمی‌شود. همانگونه که مشخص است میزان شیوع عدم کنترل درد با در نظر گرفتن شاخص مورد بررسی متفاوت است (گانارسدوتیر، ۲۰۰۲:۳۸۵). کنترل درد سرطان فرآیند پیچیده-ای است که خود بیماران، خانواده آنان، پرسنل درمانی و سیستم درمانی در آن نقش دارند (لتیزا و همکاران، ۲۰۰۴:۱۱۴).

یکی از مهمترین موانعی که سبب کنترل نامناسب درد بیماران مبتلا به سرطان می‌شود خود بیماران هستند و بنابراین، یکی از مهمترین راهکارهایی که برای کنترل درد سرطان قابل اجراست بر طرف نمودن موانع مربوط به بیماران است (جاکوبسن و همکاران، ۲۰۰۹:۲۶۶).

مهمترین موانعی که در متون برای کنترل درد سرطان، که مربوط به بیماران باشد، گزارش شده است عبارتند از: ۱) بیماران درد خود را گزارش نمی‌کنند زیرا می‌ترسند که به وسیله گزارش درد، پزشک از درمان بیماری به کنترل درد منحرف شود؛ ۲) بیماران احساس می‌کنند که پزشکان نگرش منفی نسبت به بیمارانی دارند که درد خود را گزارش می‌کنند؛ ۳) بسیاری از بیماران احساس می‌کنند که درد سرطان پدیده‌ای غیرقابل کنترل و درمان است و همواره با سرطان وجود دارد (لتیزا و همکاران، ۲۰۰۴:۱۱۴). این عوامل سبب می‌شود که بیماران به عنوان یکی از مهمترین موانع در کنترل درد سرطان شناخته شوند. مانع مهم دوم، خانواده بیماران هستند. این موانع ممکن است در دو دسته نگرش و اعتقادات افراد خانواده در زمینه درد و داروهای کنترل درد قابل بررسی باشد. (اولدن منجر و همکاران، ۲۰۰۹:۱۳۷). به ویژه باید توجه داشت که در بسیاری از موارد بیماران مبتلا به سرطان در منزل خود بستری می‌شوند و به این ترتیب اعضای خانواده آنها دارای نقش بسیار مهمی در بررسی و پایش بیماران و ارائه خدمات درمانی به آنها هستند (اندرسون و همکاران، ۲۰۱۰:۱۹۲۹). مانع سوم، پرسنل بهداشت و درمان و سیستم بهداشتی - درمانی است. در متون پژوهش موانع زیادی در این زمینه گزارش شده است. برای مثال، پزشکان از تجویز داروهای ضد درد کافی برای بیماران خود خودداری می‌نمایند؛ پرستاران داروهای تجویز شده را به طور صحیحی به بیماران تجویز نمی‌کنند و بسیاری از پرسنل درمانی دانش کافی در زمینه کنترل درد سرطان ندارند. در زمینه موانع سیستمی نیز فقدان وقت کافی پرسنل برای کنترل درد بیماران و کاغذبازی زیاد برای کنترل درد بیماران قابل ذکر است (موسوی و همکاران، ۲۰۰۹:۵۵۶).

مسئله اصلی پژوهش این است که بیماران مبتلا به سرطان نیازمند خدمات درمانی و پرستاری و مراعات اصولی است که بیمار احساس درد کمتری داشته باشد. اما برخلاف تمامی نکاتی که برای کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان ذکر شد، در هیچ مطالعه علمی به بررسی درد بیماران مبتلا به سرطان و موانع کنترل درد در این بیماران پرداخته نشده است. به این دلیل این موانع کنترل درد در بیماران ایرانی

مبتلا به سرطان مشخص نیست. از طرفی، تجارب بالینی برخی از محققان که درگیر مراقبت و درمان بیماران مبتلا به سرطان هستند نشان دهنده این است که درد بیماران مبتلا به سرطان بخوبی کنترل نمی‌شود و بیماران شکایت زیادی از درد و رنج توأم با بیماری دارند. تجارب محققان همچنین تایید کننده این واقعیت است که خود بیمار، افراد خانواده و وابستگان آشنا، پرسنل درمانی و حتی سیستم درمانی نیز در این عدم کنترل درد بیماران نقش دارند و هر کدام به نحوی مانع کنترل مناسب درد بیماران می‌شوند. از طرفی، محققان خود شاهد تاثیرات مخرب درد بر زندگی بیماران هستند و حتی در یکی از مطالعات منتشر نشده‌ای که توسط یکی از محققان در حال اجرا می‌باشد مشخص شده است که یکی از عواملی که تاثیر بسیار منفی بر امید و زندگی بیماران مبتلا به سرطان دارد درد و دیگر علائم سرطان می‌باشد. بنابراین، نتایج این مطالعه می‌تواند اطلاعات مفیدی را در این زمینه برای افراد مرتبط در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان فراهم نماید. پس، نتایج این مطالعه می‌تواند یک خلأ علمی موجود در این زمینه را برطرف نماید.

درجه بندی سرطان

دامنه یا مرحله سرطان در زمان تشخیص فاکتور کلیدی است که پیش‌آگهی را تعریف کرده و عنصر ضروری برای انتخاب روش درمانی مناسب است. روش‌های مرحله‌بندی متعددی در جهان استفاده می‌شود. مرحله‌بندی سرطان در مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان نقش مهمی دارد که شامل مرحله بالینی یا قبل از درمان و مرحله‌بندی پاتولوژیک یا پس از جراحی است. به طور کلی، سرطان به دو روش کلی درجه‌بندی می‌شود، درجه‌بندی بالینی و درجه‌بندی پاتولوژیک. درجه بندی بالینی شامل هر اطلاعاتی است که در باره میزان گسترش سرطان قبل از آغاز درمان (جراحی، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و درمان تسکینی) یا در طول ۴ ماه پس از تشخیص به دست می‌آید که در طول این بازه زمانی سرطان به طور واضحی پیشرفت نکرده است. درجه‌بندی پاتولوژیک شامل هر اطلاعاتی است که درباره میزان گسترش سرطان که در طول تکمیل یا انجام جراحی به عنوان بخشی از درمان به دست آمده یا در طول ۴ ماه پس از زمان تشخیص که درمان سیستمیک یا پرتودرمانی شروع نشده یا سرطان به طور واضح در طول این بازه زمانی پیشرفت نکرده است. سیستم درجه‌بندی که از نظر بالینی مفید می‌باشد سیستم TNM^۱ است. این سیستم سرطان را بر اساس اندازه اولیه تومور^۲، درگیری گره لنفاوی^۳، وجود یا عدم وجود متاستاز^۴ تقسیم می‌کند. ضوابط تعیین گسترش آناتومیکی بیماری از نظر آناتومیکی و انواع بافت شناسی تومورها متفاوت و خاص است. برای مثال، در سرطان سینه اندازه تومور فاکتور کلیدی است ولی در

1. Tumor Node Metastasis
2. Tumor
3. Node
4. Metastasis

پیش‌آگهی سرطان کولورکتال تاثیر زیادی ندارد. برای درجه بندی و آنالیز مراقبت بیماران با پیش‌آگهی مشابه، سیستم TNM استفاده می‌گردد که درجه‌بندی آناتومیک یا مربوط به پیش‌آگهی نامیده می‌شود. این گروه با اعداد رومی از ۱ تا ۴ درجه‌بندی شده که بسته به شدت بیماری افزایش می‌یابد Stage I، عموماً معرف سرطان‌هایی است که کوچکتر هستند یا کمتر به صورت عمقی تهاجم یافته‌اند و گره لنفاوی درگیر است. Stage II و III معرف مواردی است که گسترش تومور یا تهاجم به گره‌های لنفاوی در حال افزایش است. Stage IV معرف سرطان‌هایی است که به فواصل دور متاستاز داده‌اند. گروه‌بندی اولیه TNM، صرفاً بالینی ۱ یا پاتولوژیک ۲ است، اگرچه در پزشکی بالینی اغلب اطلاعات T، N، M، بالینی و پاتولوژیک برای اجرای برنامه درمانی با هم ترکیب می‌شود (مالکولم، ۲۰۰۷).

انواع سرطان

بر اساس طب آسیب شناسی بیش از ۱۵۰ نوع سرطان شناخته شده است که به صورت زیر طبقه بندی می‌شود:

- ۱- سرطان سینه، پروستات، پوست، معده و کولون، کارسینوما نامیده می‌شوند و به عنوان تومورهای جامد شناخته شده‌اند
- ۲- سارکوم، سرطان‌هایی هستند که در استخوان و بافت نرم اطراف ارگان‌ها تشکیل می‌شوند، این سرطان‌ها جامد هستند و نادرترین و کشنده‌ترین سرطان‌ها را به خود اختصاص می‌دهند.
- ۳- تومورهای غیرجامد شامل انواع لوسمی در خون و مغز استخوان می‌باشند و در نتیجه تولید سلول‌های سفید غیرطبیعی شناخته می‌شوند.
- ۴- سرطان‌های گره لنفاوی مانند انواع لنفوم‌ها که به دو گروه هوچکین و غیرهوچکین تقسیم می‌شوند.
- ۵- میلوم که تومورهای نادری هستند که در آنتی بادی‌های تولید کننده پلاسماسل، در بافت‌های مختلف شکل می‌گیرند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸).

علائم غیراختصاصی سرطان

- ۱- خستگی مداوم: خستگی یکی از شایع‌ترین علائم سرطان است که یکی از دلایل آن کم خونی می‌باشد عارضه‌ای که در بسیاری از انواع سرطان وجود دارد. خستگی از علائم مشترک سرطان خوش-خیم و بدخیم می‌باشد.
- ۲- کاهش وزن غیرعمدی: کاهش وزن بدون قصد و تصمیم برای آن می‌تواند پرچم قرمزی برای بسیاری از بیماری‌ها از جمله سرطان باشد.

۳- درد: به طور معمول درد علامتی اولیه در سرطان نیست جز در مواردی از جمله متاستاز به استخوان. درد عموماً هنگامی که سرطان گسترش می‌یابد و دیگر ارگان‌ها و اعصاب را درگیر می‌کند اتفاق می‌افتد.

۴- تب: تب علامت غیراختصاصی بسیاری از شرایط از جمله سرطان است. تب به طور شایع در انواعی از سرطان که خون را آلوده می‌کند از جمله لوسمی و لنفوم دیده می‌شود.

۵- تغییرات روده‌ای: یبوست، اسهال، خون در مدفوع و تغییر در عادات روده‌ای می‌تواند نشانه‌ای از سرطان باشد.

۶- سرفه‌های مزمن (هرت ، ۲۰۰۰:۱۴۳۱).

درمان سرطان

گزینه‌های درمانی سرطان به نوع سرطان، مرحله آن، عوارض جانبی احتمالی، اولویت‌های بیمار و سلامت عمومی بیمار بستگی دارد. رایج‌ترین درمان‌های سرطان شامل جراحی، رادیوتراپی و شیمی درمانی هستند. این درمان‌ها ممکن است به تنهایی یا ترکیب با یکدیگر در طی ماه‌ها مورد استفاده قرار گیرند. درمان تسکینی نیز برای کاهش علائم سرطان مثل درد به کار می‌رود. دیگر گزینه‌های درمانی شامل درمان هدفمند، ایمنی درمانی، هورمون درمانی و پیوند مغز استخوان است. اولین درمانی که بیمار دریافت می‌کند درمان خط اول نامیده می‌شود.

جراحی برداشتن تومور و بافت آلوده به وسیله عمل جراحی است. این روش برای بیشتر سرطان‌ها درمان اولیه می‌باشد، بیشتر تومورها به وسیله عمل جراحی قابل برداشت هستند. جراحی ممکن است جهت تایید یک تشخیص مثل بیوپسی، یا جهت تعیین وسعت سرطان که درجه‌بندی نامیده می‌شود یا با هدف کاهش عوارض جانبی مثل رفع انسداد جهت تسکین درد نیز انجام گیرد. عوارض جانبی این روش به نوع جراحی، سلامت عمومی فرد قبل از جراحی بستگی دارد. عارضه شایع جراحی درد است. رادیوتراپی کاربرد اشعه ایکس یا دیگر ذرات برای از بین بردن سلول‌های سرطانی است. شیمی درمانی نیز کاربرد داروهای سایتوتوکسیک برای از بین بردن سلول‌های سرطانی از طریق توقف رشد و تقسیم این سلول‌ها است. رژیم شیمی درمانی معمولاً شامل دوره‌هایی است که در طول یک دوره زمانی اجرا می‌شود. عوارض جانبی شیمی درمانی به خود بیمار و دوز دارو بستگی دارد ولی می‌تواند شامل خستگی، خطر عفونت، تهوع و استفراغ، کاهش اشتها و اسهال نیز باشد. درمان هدفمند، ژن‌های ویژه سرطان، پروتئین‌ها و محیطی که در رشد و بقا سلول نقش دارند را مورد هدف قرار می‌دهد. این روش درمانی رشد و گسترش سلول‌های سرطانی را بلوک می‌کند، در عین حال آسیب سلول‌های طبیعی محدود است و نسبت به سایر روش‌های درمانی عوارض جانبی کمتری را ایجاد می‌کند. این روش درمانی عوارض

جانبی ویژه‌ای در پوست، مو، ناخن و دیگر نواحی بدن دارد. ایمنی درمانی که بیولوژیک درمانی نیز نامیده می‌شود برای افزایش قدرت طبیعی دفاعی بدن طراحی شده است. در این روش به وسیله موادی که توسط بدن بیمار یا در آزمایشگاه تولید شده است عملکرد ایمنی بدن فرد تقویت یا بازگردانده می‌شود. عوارض این روش درمانی شامل علائم شبه آنفولانزا مثل تب، لرز و تهوع می‌باشد.

انواع مختلفی از سرطان‌ها از جمله سرطان سینه و پروستات تنها در حضور مواد طبیعی بدن (هورمون) رشد کرده و گسترش می‌یابند. هورمون درمانی به وسیله کاهش مقادیر هورمون‌ها در بدن اثر درمانی دارد. این روش معمولاً برای درمان سرطان پروستات، پستان و تیروئید به کار می‌رود. در پیوند مغز استخوان، مغز استخوان بیمار با سلول‌های بنیادی خون‌ساز جایگزین می‌شود. امروزه، این روش بیشتر پیوند سلول‌های بنیادی نامیده می‌شود تا پیوند مغز استخوان. میزان موفقیت این روش به عواملی از جمله نوع سرطان، نتایج درمان‌های قبلی، سن و سلامت عمومی بیمار بستگی دارد. یکی از بخش‌های مهم مراقبت سرطان، کاهش علائم و عوارض جانبی در بیمار است که شامل حمایت بیمار با پاسخ به نیازهای اجتماعی، عاطفی و جسمی وی می‌باشد که مراقبت حمایتی یا تسکینی نامیده می‌شود (برونر و سوارث، ۲۰۱۰).

مراقبت تسکینی

مراقبت‌های تسکینی مراقبت‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی برای بیماران مبتلا به بیماری-های انتهایی در مراحل انتهایی بیماری و سوگ و فقدان بعد از فوت بیمار است. فراهم نمودن مراقبت‌های تسکینی می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان و اعضای خانواده آنان گردد. این مراقبت‌ها از زمان تشخیص تا مراقبت‌های انتهایی ادامه دارند. هدف اصلی ارائه مراقبت‌های تسکینی عبارت است از:

- ۱- فراهم نمودن تسکین برای درد و دیگر علائم استرس‌زا در بیماران
- ۲- تاکید بر زندگی و تلقی نمودن مرگ به عنوان فرآیندی طبیعی
- ۳- ترکیب نمودن جنبه‌های روان‌شناختی و مذهبی به مراقبت از بیماران
- ۴- ایجاد سیستمی مراقبتی که بیماران تا لحظه مرگ زندگی مفیدی داشته باشند
- ۵- فراهم نمودن سیستمی حمایتی برای تطابق اعضای خانواده بیماران با بیماری بیمار و مرگ وی
- ۶- استفاده از رویکردی تیمی برای مراقبت از بیمار و اعضای خانواده وی
- ۷- ارتقای کیفیت زندگی در کل دوره بیماری
- ۸- کمک به افزایش طول عمر بیماران در ابتدای تشخیص بیماری در همکاری با سایر اعضای تیم درمان. همانگونه که هدف اول ذکر شد یکی از اهداف اصلی ارائه مراقبت‌های تسکینی برطرف نمودن درد بیماران است و همانگونه که مشخص است تمرکز اصلی این مطالعه نیز بر درد در بیماران مبتلا به

سرطان است و به این دلیل در ادامه در این مورد توضیح داده خواهد شد (سجادی و همکاران، ۲۰۰۵:۳۵۹).

علل ایجاد درد در بیماران مبتلا به سرطان

اگرچه علل زیادی می‌توانند باعث ایجاد درد در بیماران مبتلا به سرطان شوند ولی مهمترین آنها عبارتند از:

۱. اثرات مستقیم تومور به علت ایجاد التهاب موضعی در بافت‌ها
۲. درد متاستاتیک استخوان
۳. انسداد عروقی
۴. فشار تومور بر روی اعصاب محیطی
۵. ایسکمی عصبی
۶. درد ناشی از نوروپاتی به علت شیمی‌درمانی
۷. درد بعد از عمل جراحی و درد ناشی از رادیوتراپی (مرکز کنترل درد سرطان انگلستان، ۲۰۱۰).

شیوع درد در بیماران مبتلا به سرطان

مطالعات زیادی وجود دارند که به بررسی شیوع درد در بیماران مبتلا به سرطان پرداخته باشند. بر اساس یکی از این مطالعات یک مرور سیستماتیک است که مقالات چاپ شده در طی چهل سال را مرور نموده است شیوع درد در بیماران مبتلا به سرطان به شرح زیر است:

الف) بر اساس یافته‌های این مطالعه بیمارانی که درمان‌های شفابخش را دریافت می‌دارند حدود ۳۳ درصد درد را تجربه می‌نمایند.

ب) بر اساس یافته‌های این مطالعه بیمارانی که درمان‌های ضد سرطان را دریافت می‌دارند ۵۹٪ تجربه درد دارند.

ج) بر اساس یافته‌های این مطالعه بیمارانی که مبتلا به بیماری پیشرفته یا متاستاتیک هستند ۶۴٪ درد را تجربه می‌نمایند.

د) بر اساس یافته‌های این مطالعه در مجموع ۵۳ درصد کل بیماران مبتلا به همه انواع و مراحل سرطان درد را تجربه می‌نمایند.

د) بر اساس یافته‌های این مطالعه حدود یک سوم بیماران مبتلا به سرطان درد متوسط تا شدید داشتند (وان دن بوکان و همکاران، ۲۰۰۷:۱۴۳۷).

عوامل تاثیرگذار بر درک بیماران از درد سرطان

برخی عوامل بر درک بیماران مبتلا به سرطان از درد موثر هستند. این عوامل در ابعاد درد فیزیکی، افسردگی، ناراحتی و اضطراب قابل بررسی هستند.

الف) ابعاد فیزیکی

جنبه‌های فیزیکی که بر درک بیماران از درد سرطان موثر هستند عبارتند از: سایر علائم سرطان و تاثیرات منفی سایر درمان‌ها.

ب) افسردگی

افسردگی نیز به علت از دست دادن جایگاه اجتماعی، از دست دادن جایگاه شغلی، از دست دادن نقش در خانواده، بی‌خوابی و تغییر شکل در بدن ایجاد شده و بر درک بیماران از درد سرطان تاثیر دارد.

ج) اضطراب

اضطراب که می‌تواند به علت ترس از بیمارستان و یا خانه‌های پرستاری ایجاد شود یا ترس از درد، نگرانی درباره خانواده و وضعیت مالی، ترس از مرگ و یا نگرانی از آینده و می‌تواند به صورت منفی درک بیماران از درد را تحت تاثیر قرار دهد.

د) ناراحتی

ناراحتی نیز می‌تواند به دلیل بوروکراسی در پذیرش و درمان در بیمارستان، تاخیر در تشخیص، پزشکی که مقبول بیمار نیستند، نارسایی درمان و یا عدم موفقیت آن، ارتباط نامناسب پرسنل درمانی و عدم ملاقات توسط دوستان و یا خانواده ایجاد شود و آن نیز در کنترل درد سرطان تاثیر دارد (درکه، ۲۰۰۶).

خصوصیات درد مزمن

خصوصیت‌های درد مزمن در سه حیطه قابل بررسی است: فیزیکی، رفتاری و روان‌شناختی. مهمترین ویژگی درد فیزیکی شامل کمیت، شدت، انتقال عصبی و محل درد است. سه خصوصیت درد رفتاری شامل رفتارهای ظاهری، حرکتی و عملکردی است. درد مزمن روانشناختی نیز دارای اجزای عاطفی و ارزیابانه است (برین، ۲۰۰۲: ۴۸).

بررسی درد در بیماران مبتلا به سرطان

یک بررسی کامل درد در بیماران مبتلا به سرطان باید شامل بررسی موارد زیر باشد:

- محل درد
- خصوصیات و توصیف درد
- شدت درد

- دوره درد
- عوامل تسکین دهنده
- عوامل تشدید کننده
- تاثیرات درد بر اعمال روزانه
- تاثیرات درد بر کیفیت زندگی
- تاثیرات درد بر سلامت روانشناختی
- تاثیرات اجتماعی درد
- تاثیرات معنوی درد
- داروها و سایر روش‌های استفاده شده برای تسکین درد
- مسمومیت با داروهای مخدر
- تاثیرات روش‌های درمانی استفاده شده (درکه، ۲۰۰۶).

نظریه‌های درد

برای تبیین نحوه ایجاد درد برخی نظریه‌ها ارائه شده است که در زیر به برخی از آنها اشاره می‌گردد.

الف) نظریه اختصاصی

طبق این نظریه درد با گیرنده حس خودش یک حس خاص است و از لمس و سایر حواس مستقل است. این نظریه توسط گالن، ابوعلی سینا و دکارت و سپس، در سال ۱۸۵۸ توسط لوتز پیشنهاد شد. سرانجام در سال ۱۸۵۸ شف بعد از انجام آزمایش‌هایی بر روی حیوانات درد را به صورت دقیقی تعریف کرد. او با توجه به اثر برش‌های مختلف بر روی طناب نخاعی دریافت که درد و لمس از یکدیگر مستقل هستند. برش قسمت خاکستری ماده نخاعی درد را از بین می‌برد ولی حس باقی می‌ماند و برعکس، برش ماده سفید طناب نخاعی باعث از بین رفتن حس لامسه می‌شود ولی درد را تحت تاثیر قرار نمی‌دهد. در دهه‌های بعد با انجام مطالعاتی این نظریه‌ها تایید شد و مشخص شد که حواس پوستی شامل چهار حس گرمی، سردی، درد و لمس هستند.

ب) نظریه فرضیه‌های الگو

نف در سال ۱۹۶۲ پیشنهاد کرد که تمامی خصوصیات پوستی توسط الگوهای فضایی و موقتی تکانه‌های عصبی به وجود می‌آیند تا مسیرهای انتقالی اختصاصی مجزا. در دو دهه بعد سینکلر و ودل فرضیه الگوی فضایی را پیشنهاد کردند که بیان می‌کند تمام پایانه‌های فیبری مشابه یکدیگر هستند به طوری که الگوی درد توسط محرک شدید گیرنده‌های غیراختصاصی تولید می‌شود. در این فرضیه وجه فیزیولوژی که مبین اهمیت اختصاصی فیبر گیرنده است نادیده گرفته شده است.

ج) نظریه کنترل دریچه‌ای

ملزاک و وال در سال ۱۹۸۰ نظریه کنترل دریاچه‌ای را مطرح نمودند. بر طبق این نظریه، درد و درک آن مربوط به تعامل سه دستگاه است:

- ۱- ماده ژلاتینی موجود در شاخ خلفی نخاع که تکانه‌های وارده به طناب نخاعی را تنظیم می‌کند.
- ۲- دستگاه کنترل مرکزی در قشر مغز و تالاموس که تکانه‌هایی را که به مغز می‌رسند را تحت تاثیر قرار می‌دهند.
- ۳- دستگاه عصبی مربوط به درک درد.

طبق این نظریه فیبرهای نازک تکانه‌های درد را از طناب نخاعی هدایت می‌کنند و از میان یک دریاچه باز در ماده ژلاتینی هدایت می‌دهند و به دستگاه نخاعی تالاموسی می‌روند و سپس برای درک و تفسیر درد به تالاموس و قشر مغز صعود می‌کنند (نم نباتی، ۱۳۸۲).

نردبان کنترل درد سازمان جهانی بهداشت

کنترل دشوار درد در بیماران مبتلا به سرطان که سبب شده بسیاری از این بیماران درد را تجربه کنند. سازمان جهانی بهداشت جهت کنترل درد یک نردبان سه مرحله‌ای را معرفی نموده است. مرحله اول مربوط به بیمارانی است که درد خفیف دارند. در این بیماران باید از داروهای ضد درد غیرمخدر و روش‌های کمکی برای کنترل درد استفاده گردد. داروهای اصلی این دسته عبارتند از آسپرین و بروفن و مهمترین داروهای کمکی نیز عبارتند از ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای و سایر داروهای ضد افسردگی.

اگر با روش فوق درد بیمار تسکین پیدا نکند باید وارد مرحله بعد شد. در این مرحله از داروهای ضد درد مخدر در ترکیب با داروهای غیر مخدر و داروهای کمکی استفاده خواهد شد. مهمترین داروهای این مرحله کدئین، ترامادون و مورفین هستند. داروهای غیرمخدر این دسته عبارتند از آسپرین و بروفن و مهمترین داروهای کمکی نیز عبارتند از ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای و سایر داروهای ضد افسردگی. اگر با روش فوق نیز درد ادامه پیدا نماید باید از داروهای مخدر قوی برای درد شدید به علاوه داروهای غیرمخدر و داروهای کمکی استفاده نمود. مهمترین داروهای مخدر این دسته عبارتند از مورفین، متادون و فنتانیل. بهتر است در این گروه به صورت مداوم از مورفین خوراکی استفاده شود و در صورت نیاز از داروهای مورفین وریدی و یا عضلانی استفاده گردد (چریستو، ۲۰۰۸:۲۷۸).

موانع کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان

الف) موانع مرتبط با پرسنل درمانی

پزشکان و پرستاران خود از موانع مهم کنترل موثر درد در بیماران مبتلا به سرطان هستند. مهمترین موانع کنترل درد موثر درد سرطان که مرتبط با پرسنل درمانی است عبارتند از:

الف) بسیاری از پرسنل درمانی در باره تاثیرات داروهای ضد درد و همچنین، اثرات جانبی که بر بیماران دارند دارای سوء درک هستند.

ب) بسیاری از پرسنل درمانی در باره درد سرطان و روشهای موثر کنترل آن دارای اطلاعات ضعیفی هستند.

ج) بسیاری از پرسنل درمانی جهت بررسی درد در بیماران مبتلا به سرطان از روشهای مناسبی استفاده نمی کنند (پارگه اون و هایللی، ۱۹۹۹: ۳۵۸).

نکته بسیار جالب این است که بیشتر سوء درک های پرسنل درمانی مرتبط با مورفین است که خود رایج ترین داروی مورد استفاده برای کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان است. در همین راستا در مطالعه ای که در آمریکا با شرکت ۱۴۵ پزشک انجام شد مشخص شد که این پزشکان در اکثر موارد در مورد استفاده از مورفین سوء درک داشتند. (الیوت و همکاران، ۱۹۹۵: ۴۹۴).

موانع مرتبط با بیماران و اعضای خانواده آنان

دسته دوم موانع مرتبط با کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان موانع مربوط به بیماران و اعضای خانواده آنان است. در واقع، به همان اندازه که درک و نگرش پرسنل درمانی در کنترل درد بیماران مبتلا به سرطان موثر است به همان اندازه نیز درک و دانش و نگرش خود بیماران مبتلا به سرطان و اعضای خانواده آنان در این زمینه مهم است. مهمترین موانع کنترل درد مرتبط با بیماران و اعضای خانواده آنان عبارتند از:

الف) نگرانی های مرتبط با اعتیاد به داروهای ضد درد.

ب) نگرانی ها درباره اثرات جانبی داروهای ضد درد.

ج) ارتباط ضعیف با پرسنل درمانی و اینکه پرسنل درمانی بیمارانی را که از درد شکایت ندارند، بیمار خوب می نامند.

د) سوء درک در مورد غیرقابل اجتناب بودن درد در بیماران مبتلا به سرطان (راوال و همکاران، ۱۹۹۳: ۱۶۹).

در مطالعه ای نگرانی های ۲۷۰ بیمار مبتلا به سرطان در مورد درد مورد بررسی قرار گرفت. مهمترین نگرانی این بیماران در باره اعتیاد به داروها، ترس از عوارض جانبی داروها و تمایل به ایفای نقش بیمار خوب با گزارش نکردن درد بود. نتایج نشان داد که ۳۷ تا ۸۵ درصد بیماران دارای درجاتی از نگرانی در باره کنترل درد خود بودند. ۴۵ درصد بیماران گزارش کردند که بیمار خوب نباید از درد شکایت کند. همچنین، مشخص شد که بیشترین نگرانی بیماران ترس از معتاد شدن بود (اسجوگرن و همکاران، ۱۹۹۶: ۵۱۹). همچنین در مطالعه ای که در کانادا انجام شد دانش و نگرش بیماران در زمینه کنترل درد مورد بررسی قرار گرفت. این مطالعه نشان داد که ترس اصلی بیماران از اعتیاد، تاثیرات منفی دارو بر بدن و ترس از پیشرفت بیماری بوده است. حدود ۲۵ درصد بیماران اظهار کردند به علت ترس از

پیشرفت بیماری داروی ضد درد مصرف نمی‌کنند یا آن را با دوز کم مصرف می‌کنند (ریدل و فیچ، ۱۹۹۷: ۱۷۷۵).

با توجه به مطالب فوق، سوال‌های زیر مطرح می‌گردد:

- ۱) موانع فردی مربوط به بیماران در کنترل درد بیماران مبتلا به سرطان شامل چه مواردی است؟
- ۲) موانع فردی مربوط به خانواده در کنترل درد بیماران مبتلا به سرطان شامل چه مواردی است؟
- ۳) موانع فردی مربوط به ارائه دهندگان خدمات درمانی در کنترل درد بیماران مبتلا به سرطان شامل چه مواردی است؟
- ۴) چه تفاوتی بین موانع فردی مربوط به بیماران، خانواده آنان و ارائه دهندگان خدمات درمانی در کنترل درد بیماران مبتلا به سرطان وجود دارد.

ابزار و روش

جامعه این مطالعه شامل سه دسته افراد بود. دسته اول تمام بیمارانی بودند که در زمان انجام مطالعه جهت دریافت خدمات درمانی و تسکینی به بیمارستان شهید قاضی طباطبایی تبریز مراجعه می‌کردند. دسته دوم، تمام افراد خانواده بیماران فوق‌الذکر بودند. دسته سوم نیز تمام پرسنل درمانی بودند که در بیمارستان‌های آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به سرطان نقش داشتند. معیار جامعه آماری مورد بررسی عبارت بودند از:

معیارهای بیماران

- ۱- داشتن تشخیص قطعی سرطان با نظر فوق تخصص انکولوژی
- ۲- داشتن حداقل ۱۸ سال سن
- ۳- توانایی جسمی و روانی برقراری ارتباط و تکمیل پرسشنامه
- ۴- اطلاع بیمار از تشخیص سرطان
- ۵- سپری شدن حداقل ۶ ماه از تشخیص سرطان
- ۶- دارا بودن حداقل یک دوره درد مرتبط با سرطان
- ۷- نداشتن بیماری همزمان که منجر به درد در بیمار شود.

معیارهای افراد خانواده

- ۱- داشتن حداقل ۱۸ سال
- ۲- تشخیص قطعی سرطان در یکی از افراد درجه یک خانواده
- ۳- وجود درد در فرد وابسته دارای سرطان
- ۴- اطلاع از تشخیص سرطان در بیمار

۵- داشتن ارتباط نزدیک با یک فرد مبتلا به سرطان

۶- توانایی تکمیل پرسشنامه

معیارهای پرسنل درمانی

۱- داشتن ارتباط درمانی (پزشک یا پرستار) با بیماران مبتلا به سرطان

۲- داشتن حداقل ۱ سال تجربه درمانی و مراقبتی

روش تعیین حجم نمونه و روش نمونه گیری عبارت بود از: برای پرسنل درمانی با توجه به تعداد کم آنها از نوع سرشماری بود و تمامی این افراد وارد مطالعه شدند. شایان ذکر است که تعداد کل پرسنل درمانی واجد معیارهای مطالعه ۵۴ نفر بود. در مورد بیماران و افراد خانواده آنها روش نمونه گیری از نوع در دسترس بود. حجم نمونه بیماران پس از مطالعه پایلوت بر روی ۲۰ بیمار و حجم نمونه اعضای خانواده پس از مطالعه پایلوت بر روی ۲۰ عضو خانواده به ترتیب برابر ۱۳۰ و ۶۰ نفر تعیین شد. در طی مطالعه از ۱۴۰ بیمار و ۶۰ عضو خانواده برای شرکت در مطالعه دعوت شد و در نهایت ۱۲۲ بیمار و ۴۴ عضو خانواده در مطالعه شرکت داده شدند. ابزار سنجش در این مطالعه پرسشنامه استاندارد بود که حاوی ۲۷ گزینه است که پاسخ به هر گزینه بر روی یک یک طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم قرار دارد که به ترتیب نمره‌های صفر تا ۵ به آنها تعلق می‌گیرد. در این پرسشنامه ۸ ایده اصلی در رابطه با کنترل درد مورد بررسی قرار می‌گیرد که عبارتند از ترس از اعتیاد، ترس از ایجاد تحمل به داروها، ترس از اثرات جانبی داروهای ضد درد، ترس از اینکه تشدید درد نشانه پیشرفت بیماری است، ترس در مورد قابل کنترل بودن درد، ترس در مورد تاثیر منفی گزارش درد بر پرسنل درمانی و ترس از اثرات داروها بر سیستم‌های بدن. لازم به ذکر است که در این مطالعه سه فرم پارالل از این پرسشنامه طراحی و مورد استفاده قرار گرفت که برای بیماران، خانواده آنها و پرسنل درمانی طراحی شد. همچنین لازم به ذکر است پایایی ابزار با روش آلفای کرنباخ و پس از انجام مطالعه راهنما بر روی ۲۰ بیمار، ۲۰ عضو خانواده و ۱۰ نفر از پرسنل درمانی تعیین شد که این ضریب در تمامی موارد بالای ۰/۷ به دست آمد.

یافته ها

جدول ۱: وضعیت مشخصات پرسنل درمانی شرکت کننده در مطالعه

| متغیر | تعداد | درصد |
|--------|--------|------|
| جنس | زن | ۴۶ |
| | مرد | ۸ |
| پرستار | ۴۳ | ۷۹/۶ |
| | رزیدنت | ۶ |

| | | | |
|------|----|------------|--------------------|
| ۹/۳ | ۵ | انکولوژیست | سطح تحصیلات |
| ۲۲/۲ | ۱۲ | مجرد | وضعیت تاهل |
| ۷۷/۸ | ۴۲ | متاهل | |
| ۴۲/۶ | ۲۳ | دارد | تاریخچه درد |
| ۵۷/۴ | ۳۱ | ندارد | |
| ۸/۷ | ۲ | طولانی | طول مدت درد* |
| ۲۱/۷ | ۵ | متوسط | |
| ۶۹/۶ | ۱۶ | کوتاه | |
| ۸/۷ | ۲ | زیاد | شدت درد تجربه شده* |
| ۸/۷ | ۲ | متوسط | |
| ۶۹/۶ | ۱۶ | کم | |
| ۱۳/۰ | ۳ | خیلی کم | |

جدول ۲: برخی از مشخصات اعضای خانواده بیماران مبتلا به سرطان شرکت کننده در مطالعه

| متغیر | تعداد | درصد |
|-------------|-------|------|
| زن | ۲۸ | ۳۶/۴ |
| جنس | ۱۶ | ۶۳/۶ |
| بی سواد | ۸ | ۱۸/۲ |
| ابتدایی | ۱۲ | ۲۷/۳ |
| سطح تحصیلات | ۱۴ | ۳۱/۸ |
| دانشگاهی | ۱۰ | ۲۲/۷ |
| مجرد | ۱۲ | ۲۷/۳ |
| وضعیت تاهل | ۳۲ | ۷۲/۷ |

| | | | |
|------|----|-------------|--------------------|
| ۲۲/۷ | ۱۰ | والدین | نوع رابطه با بیمار |
| ۲۷/۳ | ۱۲ | همسر | |
| ۲۷/۳ | ۱۲ | فرزند | |
| ۲۲/۷ | ۱۰ | پدر و مادر | |
| ۴۵/۵ | ۲۰ | دارد | تجربه درد |
| ۵۴/۵ | ۲۴ | ندارد | |
| ۰ | ۰ | خیلی طولانی | طول مدت درد |
| ۵ | ۱ | طولانی | |
| ۱۵ | ۳ | متوسط | |
| ۸۰ | ۱۶ | کوتاه | |
| ۰ | ۰ | خیلی کوتاه | |
| ۰ | ۰ | خیلی زیاد | شدت درد تجربه شده* |
| ۱۰ | ۲ | زیاد | |
| ۱۰ | ۲ | متوسط | |
| ۶۵ | ۱۳ | کم | |
| ۱۵ | ۳ | خیلی کم | |

در این مطالعه میانگین سن بیماران $۱۰/۰۹ \pm ۳۷/۰۹$ سال بود. همچنین، میانگین طول زمان سپری شده از تشخیص بیماری $۷/۷۱ \pm ۱۰/۷۲$ سال بود. به علاوه، بیشتر بیماران مرد بودند (۵۱/۶ درصد)؛ دارای تحصیلات ابتدایی بودند (۴۰/۲ درصد)؛ دارای سرطان خون بودند (۲۸/۷ درصد)؛ متاهل بودند (۸۱/۱ درصد)؛ درد کوتاه (۴۶/۷ درصد) با شدت کم (۵۰ درصد) را حس کرده بودند؛ از دارو برای کنترل درد خود استفاده نموده بودند (۶۷/۲ درصد).

میانگین سن اعضای خانواده بیماران $۱۱/۰۵ \pm ۳۵/۸۶$ سال بود. سایر مشخصات این اعضای خانواده در جدول شماره ۲ ارائه شده است. همانگونه که در این جدول دیده می‌شود بیشتر اعضای خانواده بیماران مرد بودند (۶۳/۳ درصد)؛ دارای تحصیلات دیپلم (۳۱/۸ درصد) بودند؛ همسر و یا فرزند بیماران بودند (۲۷/۳ درصد)؛ متاهل بودند (۷۲/۷ درصد)؛ و فاقد تجربه درد بودند (۵۴/۵ درصد). در بین اعضای خانواده‌ای که دارای تجربه درد بودند بیشتر افراد درد کوتاه (۸۰ درصد) با شدت کم (۶۵ درصد) را تجربه نموده بودند.

میانگین سن پرسنل درمانی $۸/۴۸ \pm ۳۶/۵۳$ سال بود. همچنین، میانگین تجربه کاری این پرسنل $۴/۷۰ \pm ۹/۴۸$ سال بود. سایر مشخصات این پرسنل درمانی در جدول شماره ۳ ارائه شده است. همانگونه که در این جدول دیده می‌شود بیشتر پرسنل درمانی زن بودند (۸۵/۲ درصد)؛ پرستار بودند (۸۹/۶ درصد)؛ متاهل بودند (۷۷/۸ درصد)؛ و فاقد تجربه درد بودند (۵۷/۴ درصد). در بین پرسنل درمانی که دارای تجربه درد بودند بیشتر افراد درد کوتاه (۶۹/۶ درصد) با شدت کم (۶۹/۶ درصد) را تجربه کرده بودند. (جدول های ۱ و ۲)

بر طبق نتایج به دست آمده در این مطالعه، بیشترین نگرش منفی اعضای خانواده بیماران در باره گزینه‌های "مصرف داروهای ضد درد باعث تضعیف بدن می‌شود"، "با مصرف داروهای ضد درد خطر معتاد شدن وجود دارد"، "سرگیجه ناشی از داروهای ضد درد غیر قابل کنترل است"، "مصرف داروهای ضد درد باعث تضعیف بدن می‌شود" و "درد سرطان قابل برطرف شدن است" بود. همچنین، بیشترین نگرش مثبت به گزینه‌های "بهتر است دکتر به جای کنترل درد روی خود بیمار تمرکز کند"، "بسیاری از بیماران با مصرف داروهای ضد درد معتاد می‌شوند" و "مصرف داروهای ضد درد باعث می‌شود که بتوان ایجاد درد در بدن را تشخیص داد" بود. میانگین نمره کلی خانواده بیماران پس از معکوس کردن گویه‌های منفی، $۸۵/۳۴$ از ۱۲۰ بود.

بیشترین نگرش منفی پرسنل درمانی در رابطه با گزینه‌های "تهوع ناشی از داروهای ضد درد غیرقابل درمان است"، "بهتر است دکتر به جای کنترل درد روی خود بیمار تمرکز کند"، "سرگیجه ناشی از داروهای ضد درد غیر قابل کنترل است" و "اگر با درد کم داروی ضد درد مصرف کرد این دارو موقع داشتن درد زیاد دیگر جواب نمی‌دهد" بود. همچنین، بیشترین نگرش مثبت به گزینه‌های "مصرف داروهای ضد درد باعث تضعیف بدن می‌شود"، "مصرف داروهای ضد درد باعث می‌شود آدم کنترل رفتار خود را از دست بدهد" و "حرف زدن در مورد درد نشان دهنده ضعف است" بود.

مقایسه نمره کلی موانع کنترل درد از دیدگاه بیماران، اعضای خانواده آنان و پزشکان میانگین نمره کلی پرسنل درمانی پس از معکوس کردن گویه‌های منفی برابر $۱۱۲/۳۳$ از ۱۲۰ بود و نتیجه آزمون تحلیل واریانس نمره کلی موانع کنترل درد از دیدگاه بیماران، اعضای خانواده آنان و پزشکان، همانگونه که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود، سطح معناداری $۰/۰۰۰$ را نشان داد. به این معنا که بین

میانگین موانع کنترل از نظر ۳ گروه مورد بررسی تفاوت معنادار وجود دارد. آزمون تعقیبی شفه هم نشان داد که نمره بیماران به صورت معنی داری از نمره اعضای خانواده کمتر بود و همچنین، نمره اعضای خانواده نیز به صورت معنی داری از نمره پرسنل درمانی کمتر بود. به عبارتی، بیماران بیشترین و پرسنل درمانی کمترین موانع را برای کنترل درد بیماران مبتلا به سرطان قائل بودند. جدول شماره ۱، نتایج آزمون تحلیل واریانس را نشان می دهد.

جدول ۳: مقایسه نمره کلی موانع کنترل درد از دیدگاه بیماران، اعضای خانواده آنان و پزشکان

| گروه‌ها | میانگین | انحراف معیار | شاخص‌های آماری | |
|---------------|---------|--------------|----------------|--------|
| | | | F | df |
| بیماران | ۸۵/۳۴ | ۲۲/۰ | | |
| پرسنل درمانی | ۱۱۲/۳۳ | ۱۸/۶۵ | | |
| اعضای خانواده | ۹۶/۶۳ | ۱۱/۰۱ | ۳۶/۷۳ | ۲ |
| | | | | p |
| | | | | ۰/۰۰۰۱ |

همانگونه که در جدول ۳، دیده می شود تفاوت آماری معنی داری بر اساس نتایج آزمون ANOVA یک طرفه مشاهده شد. آزمون تعقیبی شفه هم نشان داد که نمره بیماران به صورت معنی داری از نمره اعضای خانواده کمتر بود و همچنین، نمره اعضای خانواده نیز به صورت معنی داری از نمره پرسنل درمانی کمتر بود. به عبارتی، بیماران بیشترین و پرسنل درمانی کمترین موانع را برای کنترل درد بیماران مبتلا به سرطان قائل بودند.

بحث و نتیجه گیری

هدف اول مطالعه حاضر تعیین موانع درد از دیدگاه بیماران مبتلا به سرطان بود. در این رابطه، مشخص شد که بیشترین نگرش منفی بیماران در رابطه با گزینه‌های "مصرف داروهای ضد درد باعث تضعیف بدن می شود"، "با مصرف داروهای ضد درد خطر معتاد شدن وجود دارد"، "سرگیجه ناشی از داروهای ضد درد غیر قابل کنترل است"، "مصرف داروهای ضد درد باعث تضعیف بدن می شود" و "درد سرطان قابل برطرف شدن است" بود. همچنین، بیشترین نگرش مثبت به گزینه‌های "بهبتر است دکتر به جای کنترل درد روی خود بیمار تمرکز کند"، "بسیاری از بیماران با مصرف داروهای ضد درد معتاد می شوند" و "مصرف داروهای ضد درد باعث می شود که نتوان ایجاد درد در بدن را تشخیص داد" بود. میانگین نمره کلی خانواده بیماران پس از معکوس کردن گویه‌های منفی برابر $22/00 \pm 85/34$ بود (از ۱۲۰). همانگونه که از مجموع نمرات مشخص است بیماران نگرش مثبتی در رابطه با کنترل درد در

بیماران مبتلا به سرطان داشتند. به نظر می‌رسد ترس از اعتیاد، ترس از عوارض جانبی و ترس از آسیب جسمی در اثر مصرف داروها مهم‌ترین موانع کنترل درد از دیدگاه بیماران بوده است.

در مورد نتایج مطالعه وارد و همکاران که در آن نظرات ۲۷۰ بیمار مبتلا به سرطان بررسی شده بود نشان داد که از دیدگاه این بیماران ترس از اعتیاد به دلیل مصرف داروهای مخدر و تمایل به بیمار خوب بودن با شکایت نکردن از درد مهم‌ترین موانع کنترل درد بوده است. حدود ۴۵ درصد بیماران گزارش کردند که بیمار خوب نباید از درد شکایت نماید. به طرز مشابهی، در مطالعه حاضر نیز مشخص شد که ترس از اعتیاد مهم‌ترین مانع کنترل درد از دیدگاه بیماران شرکت کننده در مطالعه بود. در مطالعه حاضر نیز آیتیم "حرف زدن از درد نشان دهنده ضعف است" توانست میانگین ۴ از ۶ را به خود اختصاص دهد که نشان دهنده شباهت نتایج مطالعه حاضر با مطالعه فوق است.

در مطالعه دیگری که در کانادا بر روی ۴۲ بیمار مبتلا به سرطان انجام شد نیز مشخص شد که از دید بیماران مبتلا به سرطان ترس از اعتیاد به دلیل مصرف داروها، ترس از آسیب جسمی ناشی از مصرف داروها و ترس از پیشرفت بیماری بود. همانگونه که مشخص است نتایج این مطالعه نیز کاملاً مشابه مطالعه حاضر است. در مطالعه حاضر نیز ترس از اعتیاد و ترس از آسیب جسمی مهم‌ترین موانع کنترل درد توسط بیماران گزارش گردید.

هدف دوم این مطالعه بررسی موانع درد از دیدگاه اعضای خانواده بیماران مبتلا به سرطان بود. در این راستا تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که بیشترین نگرش منفی اعضای خانواده بیماران در رابطه با گزینه‌های "استفاده از داروهای ضد درد به سیستم ایمنی آسیب می‌زند"، "سرگیجه ناشی از داروهای ضد درد غیر قابل کنترل است"، "مصرف داروهای ضد درد باعث تضعیف بدن می‌شود" و "درد سرطان قابل برطرف شدن است" بود. همچنین، بیشترین نگرش مثبت به گزینه‌های "با مصرف داروهای ضد درد خطر معتاد شدن وجود دارد"، "بهتر است دکتر به جای کنترل درد روی خود بیمار تمرکز کند" و "اگر با درد کم داروی ضد درد مصرف کرد این دارو موقع داشتن درد زیاد دیگر جواب نمی‌دهد" بود. همچنین، مشخص شد که میانگین نمره کلی خانواده بیماران پس از معکوس کردن گویه‌های منفی برابر $11/01 \pm 96/36$ بود (از ۱۲۰). این نتایج به طور کلی نشان می‌دهد که اگرچه اعضای خانواده بیماران مبتلا به سرطان تا حد زیادی موانع کمی را برای کنترل درد قائل هستند ولی در یک سوال کلیدی بسیاری از آنها نسبت به قابل کنترل بودن درد سرطان تردید دارند. همچنین، همانند بیماران شرکت کننده در مطالعه، اعضای خانواده آنان نیز تا حد زیادی نگران تاثیرات منفی استفاده از داروهای مخدر بر روی بیماران خود هستند.

در این زمینه نتایج مطالعات نشان داده‌اند که اعضای خانواده بیماران مبتلا به سرطان خود از موانع کنترل درد در این بیماران هستند به ویژه وقتی خود بیماران قادر به تصمیم‌گیری درمانی در مورد وضعیت سلامتی خود نباشند. برای مثال، نتایج مطالعه الیوت و همکاران نشان داد که بسیاری از اعضای

خانواده بیماران اعتقاد داشتند که درد سرطان قابل کنترل است و ترس زیادی از نگرانی بیماران خود نداشتند. به عنوان مثالی دیگر، بری و وارد در مطالعه‌ای به بررسی موانع کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان از دیدگاه مراقبین اصلی این بیماران پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که بسیاری از مراقبان بیماران موانع زیادی را برای کنترل درد در بیماران خود قائل بودند. به ویژه این افراد نگران عوارض شدید داروهای مخدر بودند، نگران ایجاد اعتیاد در بیماران خود بودند، نگران این بودند که افزایش درد ممکن است نشانه پیشرفت بیماری باشد و نگران ترس از درد تزریق بودند. جالب آنکه ۶۰ درصد این مراقبین نیز تا حد زیادی قبول داشتند که بیمار خوب از درد شکایت نمی‌کند. در ایران نیز نتایج مطالعه‌ای نشان داد که میزان دانش مراقبان بیماران مبتلا به سرطان در مورد کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان در حد متوسطی قرار داشت و تجربه آنها در کنترل درد نیز در حد خوبی بود.

باید توجه داشت که اعضای خانواده در کشور ایران نقش بسیار مهمی در مراقبت از بیماران خود دارند و بار مراقبت از بیماران تا حد زیادی بر دوش آنها قرار دارد. به این دلیل باید توجه داشت که این دیدگاه نسبتاً مناسب آنان در زمینه کنترل درد اهمیت زیادی در مراقبت از بیماران دارد. البته باید توجه داشت که در مطالعه حاضر نیز مشخص شد که علی‌رغم دیدگاه مثبت کلی هنوز این گروه در موارد مهمی نگرشی منفی به کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان دارند.

سومین هدف مطالعه تعیین موانع درد در بین پرسنل درمانی بود. در این راستا نتایج مطالعه نشان داد که بیشترین نگرش منفی پرسنل درمانی مرتبط با این گزینه‌ها بود: "تهوع ناشی از داروهای ضد درد غیرقابل درمان است"، "بهتر است دکتر به جای کنترل درد روی خود بیمار تمرکز کند"، "سرگیجه ناشی از داروهای ضد درد غیرقابل کنترل است" و "اگر با درد کم داروی ضد درد مصرف کرد این دارو موقع داشتن درد زیاد دیگر جواب نمی‌دهد". همچنین، بیشترین نگرش مثبت به این گزینه‌ها بود: "مصرف داروهای ضد درد باعث تضعیف بدن می‌شود"، "مصرف داروهای ضد درد باعث می‌شود آدم کنترل رفتار خود را از دست بدهد" و "حرف زدن در مورد درد نشان دهنده ضعف است". همچنین، مشخص شد که میانگین نمره کلی پرسنل درمانی پس از معکوس کردن گویه‌های منفی برابر ۱۸/۶۵ \pm ۱۱۲/۳۳ بود (از ۱۲۰). نتایج این بررسی به خوبی نشان می‌دهد که ترس اصلی پرسنل درمانی شرکت کننده در مطالعه در مورد ترس از عوارض جانبی داروها و ترس از عدم تاثیر در آینده در صورت استفاده زیاد از داروهای مخدر است. البته همانگونه که از روی میانگین کلی نیز مشخص است پرسنل درمانی پس از معکوس کردن سوالات منفی میانگین نمره بسیار خوبی را کسب کردند که در کل نشان دهنده نگرش مثبت این پرسنل در مورد کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان است.

در راستای بررسی موانع کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان مطالعاتی در سطح بین‌المللی انجام شده است. در این زمینه، فیفه واریک در مطالعه‌ای به مقایسه دانش و نگرش پرستاران و پزشکان در مورد کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان پرداختند. در این مطالعه ۵۰۰ پزشک و ۴۷۱ پرستار از ایالت

ایندیانا در ایالات متحده شرکت نمودند. در این مطالعه اغلب پزشکان و پرستاران گزارش نمودند که کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان امری دشوار است و با وجود این، کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان امری مقدور است. به این وجود حدود ۸۴ درصد پرستاران و ۷۳ درصد پزشکان درد سرطان را مشکلی جدی در مراقبت‌های روزمره خود می‌دانستند. البته در این زمینه تعداد بیشتری از پزشکان اعتقاد داشتند که درد در بیماران مبتلا به سرطان امری قابل کنترل است. همچنین، ۷۶ درصد پزشکان و ۶۷ درصد پرستاران اعتقاد داشتند که درد بیماران مبتلا به سرطان به خوبی کنترل نمی‌شود. حدود ۲۵ درصد پزشکان و پرستاران در این مطالعه اعتقاد داشتند که موضوع اعتیاد به مواد مخدر موضوعی مهم در حیطه مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان است. بنابراین، به نظر می‌رسد در کل توافق زیادی بین نتایج مطالعه حاضر با این مطالعه وجود داشته باشد.

به عنوان مثالی دیگر، در مطالعه‌ای که در آمریکا با شرکت ۱۴۵ پزشک انجام شد مشخص شد که این پزشکان در اکثر موارد در مورد استفاده از مورفین سوء درک داشتند. این پزشکان در مورد ۹ بیانیه زیر (از ۱۴ بیانیه) دارای مشکل ادراکی بودند: تحمل نسبت به مورفین به ندرت مساله‌ساز خواهد بود، میزان خطر اعتیاد به مورفین برای بیماران کم است، بسیاری از عوارض مخدرها به راحتی کنترل می‌شود، درد در بیماران مبتلا به سرطان غیر قابل اجتناب است، دوز داروی مخدر باید بر اساس درد بیمار تنظیم شود نه ایجاد تحمل به دارو، دوز مخدر به شدت درد بستگی دارد نه درجه بیماری، راه خوراکی تجویز مورفین هم موثر است، داروهای ضد افسردگی نیز به اندازه داروهای ضد درد موثر هستند.

در مطالعه‌ای دیگر دانش پزشکان و پرستاران در مورد کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار گرفت. در واقع، یک بیمار فرضی به این پرسنل ارائه شد که ۲ هفته از عمر او باقی مانده بود. اگرچه بسیاری از پزشکان از نردبان سازمان بهداشت جهانی برای کنترل درد استفاده می‌کردند ولی ۳۰ درصد آنها اعتقاد داشتند که بیماران مبتلا به سرطان در اواخر عمر خود درد متوسط تا شدید را احساس می‌کنند. همچنین، ۸۰ درصد پزشکان و پرستاران اعتقاد داشتند که درجاتی از درد شدید در بیماران مبتلا به سرطان مراحل انتهایی طبیعی است. همچنین، نتایج این مطالعه نشان داد که بیشتر پزشکان از روش‌های خاصی برای بررسی درد در بیماران مبتلا به سرطان استفاده نمی‌کنند و حتی سعی در افتراق دردهای مختلف در بیماران مبتلا به سرطان دارند. در مطالعه‌ای در ایران نیز مشخص شد که میزان دانش ۷۶ درصد پرستاران در حد متوسط بود و ۸۷٪ دارای نگرش مثبت در زمینه کاهش درد بیماران مبتلا به سرطان بودند. از نظر آماری بین دانش پرستاران در زمینه کنترل درد بیماران مبتلا به سرطان و نگرش آنان در این زمینه ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت.

چهارمین هدف عبارت بود از: مقایسه دیدگاه بیماران، اعضای خانواده آنان و پرسنل درمانی در زمینه موانع کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان. در راستای این هدف مشخص شد که میانگین نمره کلی پرسنل درمانی پس از معکوس کردن گویه‌های منفی برابر $18/65 \pm 112/33$ بود، میانگین نمره کلی

بیماران $۲۲/۰۰ \pm ۸۵/۳۴$ بود، و میانگین نمره کلی اعضای خانواده بیماران $۱۱/۰۱ \pm ۹۶/۶۳$ بود (نمره از ۱۲۰). همچنین، بر اساس نتایج آزمون ANOVA یک طرفه تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین نمره سه گروه مشاهده شد. آزمون تعقیبی شفه هم نشان داد که نمره بیماران به صورت معنی‌داری از نمره اعضای خانواده کمتر بود و همچنین، نمره اعضای خانواده نیز به صورت معنی‌داری از نمره پرسنل درمانی کمتر بود. به عبارتی، بیماران بیشترین و پرسنل درمانی کمترین موانع را برای کنترل درد بیماران مبتلا به سرطان قائل بودند. نتایج تحلیل واریانس در جدول شماره ۱، ارائه شده است.

جدول شماره ۱: مقایسه نمره کلی موانع کنترل درد از دیدگاه بیماران، اعضای خانواده آنان و پزشکان

| گروه‌ها | میانگین | انحراف معیار | شاخص‌های آماری | | |
|---------------|---------|-----------------|----------------|----|--------|
| | | | F | df | p |
| بیماران | ۸۵/۳۴ | ۲۲/۰ | | | |
| پرسنل درمانی | ۱۱۲/۳۳ | ۱۸/۶۵ | ۳۶/۷۳ | ۲ | ۰/۰۰۰۱ |
| اعضای خانواده | ۹۶/۶۳ | ۱۱/۰۱ | | | |

در مرور وسیع متون، مطالعه‌ای یافت نشد که موانع کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان را از دیدگاه بیماران، اعضای خانواده آنان و پرسنل درمانی مورد مقایسه قرار داده باشد. نتایج این مطالعه در این راستا یافته مهمی دارد و نشان داد که خود بیماران و اعضای خانواده آنان یکی از مهمترین موانع در راستای کنترل موثر درد در بیماران مبتلا به سرطان هستند. با توجه به یافته‌های تحقیق پیشنهاد می‌شود:

- در هرگونه برنامه آموزش به بیمار برای بیماران و اعضای خانواده آنان آموزش‌هایی در مورد درد در بیماران مبتلا به سرطان و نحوه کنترل آن گنجانده شود تا از ایجاد سوء درک در این بیماران و مراقبان اصلی آنان که همان اعضای خانواده آنان است جلوگیری گردد.
- لازم است در برنامه‌های آموزش مداوم برای پرستاران و پزشکان مطالبی در مورد نحوه اداره درد در بیماران مبتلا به سرطان گنجانده شود تا سوء درک این پرسنل در این زمینه کاهش یابد.
- همچنین، به نظر می‌رسد لازم باشد تا در دوره درسی دانشجویان پرستاری و پزشکی مطالبی در مورد نحوه کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان و بیماران انتهایی گنجانده شود.

Reference

Almeida C, Barry S.(2010). **Cancer: Basic Science and Clinical Aspects**. Wiley-Blackwell Publication.

Anderson KO, Mendoza TR, et al. (2000). **Minority cancer patients and their providers**.Cancer; 88(8): 1929-1938.

Aranda S,Yates P, et al. (2004). **Barriers to effective cancer pain management: a survey of Australian family caregivers**. European journal of cancer care; 13(4): 336-343.

Asghari Moghaddam, M, Karimzadeh, N, Ammarloo, P. 2005 The role of pain-related beliefs in adaptation to cancer. **Daneshvar behaviors**: 12 (13): 1 to 12. (In Persian).

Bandura A. (1994). **Self-efficac**. In **V.S Ramachaudran (ED)**. Encyclopedia of human behavior., Academic Press: New York. p. 71-81.

Baykal U, Seren S, Sokmen S. (2009). **A description of oncology nurses' working conditions in Turkey**. Eur J Oncol Nurs.; 13(5): 368-75.

Berry PE, Ward SE. (1995). **Barriers to pain management in hospice: a study of family caregivers**. Hospice J;10:19–33.

Boyle P, Levin B. (2008). **World cancer report 2008: IARC Press**, International Agency for Research on Cancer.

Breen J. (2002). **Transitions in the Concept of Chronic Pain**. Adv Nurs Sci;24(4):48–59.

Brennan F, Carr DB, et al. (2007). **Pain management: a fundamental human right**. Anesthesia & Analgesia; 105(1): 205.

Christo PJ, Mazloomdoost D. (2008). **Cancer Pain and Analgesia**. Ann. N.Y. Acad. Sci. 1138: 278–298.

Corner J, Bailey CD. 2001. **Cancer Nursing. 1 ed**. Wiley-Blackwell Publication.

Denny, NF Hacker. J Gori, HW Jonse, HYS Negan, S Pecorelli, JL Benedel. (2000). **Staging Classification and Clinical Practice GuideLines for Gynarcologic Cancers**. Elsevier; 70: p. 207-312.

Dereke doyle.(2006). **ABC of palliative care**. Balkwell publisher.

Elliott BA, Elliott TE, Murray DM, Braun BL, Johnson KM. (1996). **Patients and family members: the role of knowledge and attitudes in cancer pain.** J Pain Symptom Manage;12:209-220.

Elliott TE, Murray DM, Elliott BA, Braun B, Oken MM, Johnson KM, Post-White J, Lichtblau L. (1995). **Physician knowledge and attitudes about cancer pain management: a survey from the Minnesota cancer pain project.** J Pain Symptom Manage. Oct;10(7):494-504.

Featherstone H, Whitham L, Exchange P. (2010). **The cost of cancer: Policy Exchange.**

Fife BL, Irick N, Painter JD.(1993). **A comparative study of the attitudes of physicians and nurses toward the management of cancer pain.** J Pain Symptom Manage;8:132-139.

Gunnarsdottir S, Donovan HS, et al. (2002). **Patient-related barriers to pain management: the Barriers Questionnaire II (BQ-II).**" Pain; 99(3): 385-396.

Herth K.(2000). **Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer.** J Adv Nurs. 32(6): p. 1431-1441.

Hojjat, M (1389). Assessing the knowledge and experience of the family of cancer patients about pain control. **Two Journal of Shahed University.** Year 17 Number 86, 1- 11. (In Persian).

<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/pain>

<http://www.who.int/cancer/palliative/en>

Jacobsen R, Møldrup C, et al. (2009). **The Danish Barriers QuestionnaireII: Preliminary Validation in Cancer Pain Patients.** Pain Practice; 9(4): 266-274.

Men, H, Barimnejad, L, Sayed Fatemi, N, Tahmasebi, M. (1392). Palliative care of pain in cancer: content analysis. **Quarterly Journal of Anesthesiology and Pain.,** 4 (1): 55 to 63. (In Persian).

Mimi Shi, F, Mohagheghi, M et al. (2006). Evaluation of knowledge and attitude of nurses about pain relief in cancer patients. **Life,** 12 (2): 23 to 32. (In Persian).